
Document réalisé pour le compte de

I'AGEFIPH

par

Marie-Laure DURAND

en collaboration avec Chantal CORNIER

Institut de Formation des Travailleurs Sociaux

Supervision scientifique : Alain BLANC

Septembre 2000

"Un outil de référence permettant de mettre en perspective les problèmes rencontrés par les stagiaires handicapés avant, et pendant leur formation."

Je tiens particulièrement à remercier ici tous ceux et celles qui ont contribué à ce document.

En effet, avec le Schéma Régional de Formation des Personnes Handicapées en Rhône Alpes, plus de 160 organismes de formation, venant s'ajouter aux Centres de Reclassement Professionnel, ont dorénavant pour mission d'accueillir des personnes handicapées dans les filières ordinaires de qualification et de préqualification.

Dans chacun de ces organismes un "réfèrent personnes handicapées" est en charge de l'accueil, de l'accompagnement et du suivi des personnes handicapées au cours de leur formation.

Cette synthèse documentaire, commanditée par l'Agefiph et réalisée par l'IFTS sous la supervision scientifique d'Alain Blanc, est destinée à ces référents.

Elle leur propose un outil de référence, et une très large source bibliographique permettant de mettre en perspective les problèmes rencontrés par les stagiaires handicapés avant, et pendant leur formation. En ce sens elle offre un complément indispensable aux sessions de formation des référents.

François ATGER

Délégué Régional Rhône Alpes de l'AGEFIPH

"Les acteurs chargés de l'intégration des personnes handicapées considèrent aujourd'hui qu'elles doivent trouver et construire leur place au sein des programmes relevant du droit commun qui jusqu'à une date récente leur étaient ouverts mais de façon limitée."

La France du XXème siècle s'est progressivement dotée d'un dispositif de rééducation, de formation et d'insertion professionnelles spécifiquement destiné aux personnes reconnues comme handicapées par des instances de décisions médico-administratives. Si, pendant le développement de l'Etat-providence, l'accent a été mis sur l'accueil au sein d'établissements spécialisés, l'histoire récente, conceptions et pratiques de terrain, montre non pas une inversion mais une inflexion de tendance.

En effet, plus que par le passé, les tutelles et acteurs chargés de l'intégration des personnes handicapées considèrent aujourd'hui qu'elles doivent trouver et construire leur place au sein des programmes relevant du droit commun qui jusqu'à une date récente leur étaient ouverts mais de façon limitée.

Il faut donc savoir gré à l'Agefiph, l'initiateur, et à l'IFTS d'Echirolles, le réalisateur, de proposer à l'ensemble des acteurs chargés de la formation professionnelle, et pouvant à ce titre accueillir des personnes handicapées, un document leur présentant les caractères spécifiques d'une population aux composantes diverses.

Les référents "personnes handicapées" de ces organismes disposent dorénavant d'un ensemble d'informations leur permettant de prendre la pleine mesure des déficiences et de leurs conséquences, les handicaps. Au moment où les contraintes de la division du travail impliquent des compétences nouvelles et fréquemment renouvelées, plus que jamais, les personnes handicapées doivent pouvoir disposer d'une qualité de formation leur permettant d'espérer construire dans la durée une égalité des chances à laquelle la société française reste attachée.

Gageons que s'il reste difficile à tenir, ce pari ambitieux vaut la peine d'être pris, car au nom de l'égalité de traitement auquel elles ont droit, les personnes handicapées méritent, et elles le souhaitent, de pouvoir apporter leur contribution à l'effort collectif de qualification qui fera d'elles moins des bénéficiaires passifs que des contributeurs actifs à une insertion qui traduira ainsi le bon accueil que nous souhaitons leur réserver.

Alain BLANC,

Maître de conférence en sociologie,

Directeur du Département de Sociologie, Grenoble II.

"L'accès des personnes handicapées aux dispositifs de droit commun au même titre que pour l'ensemble des citoyens, reste un combat de tous les jours et nécessite une vigilance constante."

Si des évolutions notoires se sont produites, l'accès des personnes handicapées aux dispositifs de droit commun au même titre que pour l'ensemble des citoyens, reste un combat de tous les jours et nécessite une vigilance constante.

A ce titre, les référents du schéma régional de formation des personnes handicapées ont une fonction importante.

La synthèse documentaire, que nous avons produite, a pour objectif de leur apporter des éléments afin de les aider à accomplir la tâche qui leur est confiée.

La philosophie générale de cet ouvrage, fait qu'il n'est ni une synthèse rapide, ni exhaustif. Nous avons fait le choix d'une voie médiane, d'un document didactique, à la fois précis et généraliste afin qu'il puisse être utilisé par des non spécialistes.

Les lecteurs ont entre les mains une base de connaissances et de documentation dans laquelle ils trouveront des informations de nature différente : médicale, psychologique, juridique, financière, statistique. Ces informations ont fait l'objet d'une élaboration permettant d'avoir un panorama du secteur. De nombreuses références bibliographiques sont disponibles pour ceux qui voudraient approfondir leurs connaissances.

Nous remercions l'AGEFIPH, et son Délégué Régional Rhône-Alpes, Monsieur Atger, d'avoir confié la réalisation de ce travail à l'IFTS. L'ouvrage que nous avons réalisé en direction des référents du schéma régional s'avère être un outil de connaissance fort utile pour les étudiants qui suivent une formation initiale afin de devenir des professionnels du champ éducatif, champ sur lequel bon nombre d'entre eux assureront une fonction d'accompagnement auprès de personnes handicapées.

Nous sommes reconnaissants envers Monsieur Blanc pour la supervision scientifique qu'il a accepté d'assurer.

Enfin, nous remercions plus particulièrement Madame Durand d'avoir réalisé ce travail complexe pour nous livrer une production de qualité.

Chantal Cornier

Directrice de l'IFTS.

SOMMAIRE

AXE I: LES PERSONNES HANDICAPEES	10
LE HANDICAP	11
I / LE HANDICAP	12
A. Définition	12
B. La Classification internationale des handicaps	12
II / LES TYPES DE HANDICAP	14
A. Le handicap d'origine physique	14
B. Le handicap d'origine sensorielle	16
1) Le handicap d'origine visuelle	16
2) Le handicap d'origine auditive	18
C. Le handicap d'origine intellectuelle	19
D. Les autres déficiences	20
1) Les déficiences psychiques	20
2) Les maladies invalidantes	20
III / LES PERSONNES HANDICAPÉES	21
A. L'épidémiologie	21
B. Les prestations, aides sociales et financières	22
IV / LES REPRÉSENTATIONS	24
A. L'évolution des représentations sociales et de la législation	24
B. Les représentations individuelles	29
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	31
LA RECONNAISSANCE DU HANDICAP OU D'UNE INCAPACITÉ	34
I / LA COMMISSION TECHNIQUE D'ORIENTATION ET DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL (COTOREP) :	35
A. Les généralités	35
B. La COTOREP en chiffres	38
II / LES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE :	
CPAM OU MSA	40
A. La reconnaissance de l'invalidité	40
B. Les données chiffrées	41
III / LE RÉGIME MILITAIRE	42
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	43

**AXE II : LA FORMATION ET L'INSERTION PROFESSIONNELLE
DES PERSONNES HANDICAPEES 44**

**LE CADRE JURIDIQUE ET LES ACTEURS CLEFS DE L'INSERTION
ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE..... 45**

I / LES ACTEURS INSTITUTIONNELS 46

II / LA LOI DE 1987 47

A. Les grands principes : 47

B. Le bilan 49

III / PRÉSENTATION DE L'AGEFIPH 52

A. L'origine 52

B. Les objectifs principaux 52

C. Le bilan 54

IV / LES ACTEURS 55

A. Le dispositif spécialisé 55

1) Les Équipes de Préparation et de Suite du Reclassement (EPSR)
et les Organismes d'Insertion et de Placement (OIP) rassemblés
sous le label CAP EMPLOI 55

2) Les services de suite des établissements spécialisés 56

3) Les associations et les organismes d'appui 56

B. Le droit commun 58

1) Le service social de la CRAM 58

2) L'Agence Nationale Pour l'Emploi (ANPE) 59

3) Le dispositif d'accueil pour les jeunes : les missions locales et les
Permanences d'Accueil, d'Information et d'Orientation (PAIO) 60

**V / LES PROGRAMMES DEPARTEMENTAUX D'INSERTION DES
TRAVAILLEURS HANDICAPÉS (PDITH) 61**

VI / SYNTHÈSE 62

BIBLIOGRAPHIE 63

LA FORMATION PROFESSIONNELLE 64

I / LE DISPOSITIF SPÉCIALISÉ 65

A. Les établissements 65

1) Les Instituts Médico Professionnels (IMPro) 65

2) Les Centres de Rééducation Professionnelle (CRP) 65

3) Les autres dispositifs 66

B. Les modalités 68

1) Les adaptations de l'apprentissage 68

2) Le contrat de rééducation professionnelle 68

C. Le bilan 69

II / L'ACCÈS AU DROIT COMMUN.....	70
A. Les établissements.....	70
1. L'Association pour la Formation Professionnelle des Adultes (AFPA)	70
2. Les universités	70
B. Les modalités	71
1) Les contrats et les statuts.....	71
2) La rémunération des stagiaires	75
C. Le bilan.....	75
III / LE SCHÉMA RÉGIONAL DE FORMATION EN RHÔNE ALPES ...	76
A. Les objectifs et les principes.....	76
B. Les aides de l'AGEFIPH en matière de formation.....	77
IV / LE RÔLE DES RÉFÉRENTS	78
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	<i>79</i>

L'INSERTION PROFESSIONNELLE..... 80

I / LE DISPOSITIF SPÉCIALISÉ	81
A. Les établissements en milieu protégé	81
1) Les Ateliers Protégés (AP) et les Centres de Distribution et de Travail à Domicile (CDTD).....	81
2) Les Centres d'Aide par le Travail (CAT).....	82
3) Le lien entre milieu ordinaire et milieu protégé.....	82
B. Les modalités	83
1) La garantie de ressources	83
2) Les mesures favorisant la sortie ou l'alternative au milieu protégé.....	83
3) Le dispositif particulier	84
C. Le bilan.....	84
II / L'ACCES AU DROIT COMMUN.....	85
A. Les établissements.....	85
1) L'insertion par l'économique.....	85
2) Les autres dispositifs	86
B. Les modalités	86
1) Les contrats "aidés"	86
2) La création d'activité	89
3) L'accès à la fonction publique	89
4) Le dispositif spécifique travailleurs handicapés.....	90
a. Les mesures financières	90
b. Les mesures favorisant le maintien dans l'emploi	91
C. Le bilan.....	93

<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	95
ANNEXES	98
LISTE DES SIGLES UTILISES	99
TEXTES LÉGISLATIFS DE RÉFÉRENCE	102
INDEX DES TABLEAUX	104
QUELQUES DÉFINITIONS	105
BIBLIOGRAPHIE	106

Introduction

Cette synthèse documentaire rassemble les informations essentielles du programme de formation des référents visant l'accompagnement des personnes handicapées dans leur processus de formation et en vue de leur insertion professionnelle.

La formation des référents a pour objet de leur fournir des repères sur les aspects sociaux, médicaux, psychologiques et législatifs du handicap. Elle consiste aussi à les informer sur les dispositifs communs et spécialisés en faveur des personnes handicapées, depuis la reconnaissance de leur handicap jusqu'à leur orientation vers la formation et l'emploi.

Axe I :

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 fantasmes, les angoisses et les représentations autour du handicap et des personnes handicapées. La connaissance du handicap permet la démystification de certaines croyances, et d'adapter nos attitudes.

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

** **La connaissance de la spécificité de chaque handicap** permet d'individualiser la problématique de la personne handicapée pour une intégration adaptée.*

** **L'influence des représentations sociales sur l'évolution du cadre législatif** en faveur des personnes handicapées permet d'identifier le statut légal et social de la personne handicapée.*

** **La connaissance de nos propres résistances** (craintes, angoisses, stéréotypes, réactions psychoaffectives) permet de lever les obstacles à l'intégration des personnes handicapées et de se dégager de l'influence des représentations sociales afin d'appréhender la réalité de la déficience et du handicap..*

I/ LE HANDICAP

A. Définition

- **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*.
- 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 le définir ⇒ fin du mot infirme, invalide, débile.
- 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...).
- **Définitions très diverses et floues** : « Sont inadaptés à la société dont ils font partie, les enfants, les adolescents et les adultes qui, pour des raisons diverses, plus ou moins graves, éprouvent des difficultés, plus ou moins grandes, à être et à agir comme les autres (...) Ils sont handicapés parce qu'ils subissent par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des handicaps, c'est à dire des faiblesses, des servitudes particulières, par rapport à la normale ; celle-ci étant définie comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans la même société. »².
- La situation environnementale influence le handicap : à déficience égale, handicap différent.

→ Le handicap est 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 donné*³.

B. La Classification internationale des handicaps

Maladies, traumatismes, malformations, vieillissement →	DÉFICIENCES →	INCAPACITÉS →	DÉSAVANTAGES
Exemple : trauma crânien →	Déficiences motrices (paralysies) →	Incapacités motrices (à marcher) →	Désavantages (pour les transports)
	Déficiences psychiques (orientation, mémoire) →	Incapacités psychiques (à se repérer dans les lieux publics) →	Désavantages (scolaire, travail)

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. »

² Une des définitions les plus citées du handicap se trouvant dans le rapport Bloch-Lainé (1967).

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

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

<ul style="list-style-type: none"> • LA DEFICIENCE correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. <i>Aspect lésionnel du handicap.</i> • <u>Classification des déficiences</u> : <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
<ul style="list-style-type: none"> • L'INCAPACITE 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</i> qui s'exprime dans la réalité quotidienne. • <u>Classification des incapacités</u> <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
<ul style="list-style-type: none"> • LE HANDICAP est un DESAVANTAGE SOCIAL pour un individu, qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de son âge, du sexe ou de facteurs socioculturels. <i>Aspect situationnel du handicap.</i> • <u>Classification des désavantages</u> (rôles de survie) <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

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, diplégie, tétraplégie, hémiplégie, paraplégie.

Tableau 2 : 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, tétraplégie, 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'oeil 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 légères*)
- 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 soit 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 les nerfs crâniens 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.
- **Le traumatisme crânien** constitue après les maladies cardio-vasculaires, la première cause de morbidité dans les pays occidentaux. Le traumatisme crânien se distingue particulièrement par ses conséquences physiques, mnésiques et comportementales pour le sujet atteint et par les catégories de population les plus touchées (enfants en bas âge et jeunes de 18 à 25 ans). Ils sont provoqués essentiellement par les accidents de la route, les accidents domestiques ou les chutes. Le traumatisé crânien apprécie en général mal ses difficultés (il n'a pas la perception de son handicap ou refuse le statut de personne handicapée) et il reste figé dans le passé.

« Traumatisme avec perte de connaissance et/ou amnésie rétrograde, et/ou déficit neurologique et/ou cérébrolésion décelable dans un contexte traumatique, ou plaie cranio-cérébrale. »

Le syndrome subjectif et les troubles psychiques du traumatisé crânien

→ séquelles intellectuelles, psychoaffectives et comportementales

céphalées et sensations vertigineuses, troubles de la mémoire, réactions caractérielles (instabilité de l'humeur), immaturité et dépendance, fatigabilité, troubles de l'attention et de la concentration, troubles du raisonnement (ralentissement du traitement de l'information), troubles du langage (aphasie amnésique), hyperaffectivité ou perte d'affectivité, anxiété, perte du sens critique, syndrome dépressif, troubles visuels et auditifs...

3. Prise en charge et compensation

Les incapacités peuvent être atténuées par les solutions de compensation fonctionnelle : la domotique⁴, les aides techniques (fauteuil roulant, prothèse, orthèse) et 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 important 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

Inexistence ou perte à des degrés variables de l'acuité visuelle.

Les causes multiples :

- chez l'enfant : affections oculaires héréditaires, ou non héréditaires
- chez l'adulte : décollement de la rétine, atrophies optiques, diabète...

Tableau 3 : Les catégories de déficience visuelle définies par l'OMS en tenant compte de l'acuité visuelle après correction

- catégorie 1 : acuité visuelle entre 3/10 et 1/10 ou déficience visuelle légère	Malvoyance ou amblyopie
- catégorie 2 : acuité visuelle entre 1/10 et 1/20 ou déficience visuelle modérée	
- catégorie 3 : acuité visuelle entre 1/20 et 1/50 ou déficience visuelle grave	Cécité
- catégorie 4 : acuité visuelle entre 1/50 et perception de la lumière ou déficience visuelle profonde	
- catégorie 5 : pas de perception de la lumière ou déficience visuelle totale	

Les différentes atteintes :

- atteinte de la vision centrale
- atteinte de la vision périphérique
- la vision floue (avec photophobie⁵)
- les atteintes visuelles d'origine cérébrale (agnosie visuelle, cécité corticale, négligences visuo-spatiales)

La diversité des atteintes suppose une diversité dans leur prise en charge.

⁴ Contrôle de l'environnement au moyen de différents matériels et agissant à distance sur les équipements de la maison (sécurité, communication...).

⁵ forte sensibilité à la lumière.

b. Les conséquences psychosociales

- Les malvoyants congénitaux :

La prise en charge précoce et le comportement adapté des parents sont deux éléments clés qui vont déterminer le devenir du sujet, son développement cognitif et de sa personnalité.

Quelques traits de comportements spécifiques à la déficience visuelle :

- *Verbalisme* : l'expression verbale se réduit à des généralisations rapides et peu précises ou se noie dans un flot de détails isolés et arbitraires.
- *Attitude posturale* : raide et contrainte due à une anxiété et un auto-contrôle, accompagné d'un effort permanent pour s'adapter à son milieu matériel et social par manque de « feed-back ».
- *Double effort* : effort pour voir et effort pour masquer cet effort qui conduit à un surmenage ou un repli sur soi, à des réactions paradoxales d'échec ou au handicap revendiqué (sert de justification).
- *Bizareries* : au niveau des gestes, de l'attitude posturale et du comportement. En effet, par manque d'information visuelle, le sujet ne peut pas conformer l'ensemble de son comportement à ce qui est socialement attendu. Exemples : proximité dans la relation de conversation, impression de ne pas répondre aux interlocuteurs (pas de regard direct).

- Les malvoyants secondaires :

Les conséquences psychologiques sont différentes selon la conjugaison de trois variables : l'âge de la survenue de la déficience visuelle, les modalités de son apparition (brutale, progressive), le fonctionnement des mécanismes psychoadaptatifs mis en jeu par le sujet (travail de deuil).

- Les non voyants :

Il semble exister une meilleure compensation sensorielle chez les non voyants que chez les malvoyants du fait de la persistance d'un comportement de voyant dès lors qu'il subsiste un minimum de vision.

c. Prise en charge et compensation

La compensation de la déficience visuelle se fait par le développement des capacités auditives, tactiles, olfactives et gestuelles et les aides techniques : Braille, information audio, canne blanche, informatique, loupes électroniques...

Il convient d'apporter un maximum de confort visuel : 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 4 : Classement des troubles de l'audition en fonction de divers axes

Selon le degré de gravité de la déficience	- déficience auditive légère : <i>perte de 20 à 40 db</i> - déficience auditive moyenne : <i>perte de 40 à 70 db</i> - déficience auditive sévère : <i>perte de 70 à 90 db</i> - déficience auditive profonde : <i>perte de 90 db et plus</i> - surdité totale : <i>perte de plus de 100 db</i>
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 « débilés » 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 bilingue langues des signes français (LSF) et une communication orale (LPC).

Les possibilités d'appareillage (prothèses auditives) ne sont pas toujours supportées ou acceptées par les personnes sourdes.

Les conversations bruyantes sont parfois difficiles à suivre du fait de la coexistence d'acouphènes (sifflements, bourdonnements) → Attention particulière à l'exposition aux bruits.

Les interfaces de la communication sont les interprètes en langue des signes et les preneurs de notes.

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

C. LE HANDICAP D'ORIGINE INTELLECTUELLE

1. Définition et étiologie :

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...).

La déficience intellectuelle est déterminée par le quotient intellectuel (**QI**) et une altération du comportement adaptatif (désadaptation sociale).

Tableau 5 : La déficience intellectuelle selon la classification internationale de l'OMS

Fonctionnement intellectuel limite	70 < QI < 85
Retard mental léger <i>Intelligence logique concrète</i>	50 < QI < 70
Retard mental moyen <i>Intelligence préopératoire</i>	30 < QI < 49
Retard mental sévère	20 < QI < 34
Retard mental profond <i>Intelligence sensori-motrice</i>	QI < 20

2. Les conséquences psychosociales

Des perturbations cognitives (lenteur de la compréhension, difficulté à se repérer dans le temps et l'espace) sont souvent associées à des *perturbations affectives* (faible contrôle de l'affectivité) : la peur de l'échec et l'immaturité psycho-affective marquent le handicap mental.

Des troubles du comportement et de la personnalité sont 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.

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.

3. Prise en charge

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

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

Les personnes déficientes intellectuelles doivent posséder un minimum de capacités cognitives pour leur permettre de suivre le cursus de formation.

D. LES AUTRES DEFICIENCES

1) Les déficiences psychiques

- **Le handicap psychique dû à la maladie mentale** désigne les conséquences durables, en termes de dépendance ou de compétences sociales, des maladies mentales ⇒ retentissement personnel et social sur les capacités d'autonomie et d'adaptation de certaines personnes.
- Des troubles psychiques peuvent se retrouver dans différents tableaux :
 - * **les troubles psychotiques** (schizophrénie, autisme...)
 - * **les troubles névrotiques** (troubles du caractère ou de la relation...)
 - * **les troubles du comportement ou psychosomatiques**

⇒ Les déficiences psychiques nécessitent une prise en charge spécifique

2) Les maladies invalidantes

Elles sont marquées par leur évolutivité.

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

Classification des épilepsies :

- *Crises généralisées convulsives* : la *crise de Grand Mal* se manifeste par une perte de conscience brutale accompagnée de troubles toniques.
- *Crises généralisées non convulsives* : les *absences* sont des pertes de connaissances de brève durée.
- *Crises partielles* : motrices sans perte de conscience.

Épilepsie et travail : certains métiers à risque sont interdits aux personnes épileptiques (pilotes d'avion, chauffeur routier, travail en hauteur...).

Les personnes après une crise d'épilepsie sont souvent fatiguées et ont besoin d'un temps de récupération.

- **Les insuffisances respiratoires** (asthmes sévères, bronchites chroniques, emphysème...) se manifestent par des dyspnées (difficultés à respirer), des gênes respiratoire 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 retrouve en situation de formation ou d'emploi il faut parfois aménager des temps lui permettant de procéder à ses soins journaliers.

III/ LES PERSONNES HANDICAPEES

A. L'épidémiologie

Le nombre total de personnes handicapées est encore mal connu et varie sensiblement selon les études statistiques et les critères retenus : on estime actuellement que *5,2 millions de personnes* environ présentent un handicap significatif dont *1 200 000* sont des handicapés sévères.

Tableau 6 : Epidémiologie des personnes handicapées en France

Personnes handicapées	environ 3 189 000 estimé en 1987 par l'INSEE
Déficiences auditives	3 500 000 soit 7% de français (dont 60% de personnes âgées) dont 2 millions de personnes atteintes de déficiences légères, 1 250 000 de déficiences moyennes, 350 000 de déficiences sévères, 110 000 de déficiences profondes
Déficiences visuelles	1 500 000 de personnes malvoyantes, 60 000 aveugles
Déficiences motrices	1 368 000 personnes soit 4% de la population générale*
Affections neuromusculaires	40 000 personnes
Traumatisés crâniens	198 500** cas dont 8000 décès, 150 000 TC légers, 22 900 TC modérés et 17 000 TC graves. 3000 à 5000 cas de traumatismes crâniens graves par an sont causés par les accidents de la route

* Chiffres INSEE 1986-1987 - ** En 1986

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.

Revenu Minimum d'Insertion (RMI)		<i>prestation sociale destinée aux personnes démunies de ressources minimales âgées de plus de 25 ans ou ayant un enfant à charge</i>
Allocations de solidarité	Allocation de Solidarité Spécifique (ASS)	<i>allocation versée aux demandeurs d'emploi ayant épuisé leur droit à l'allocation Unique dégressive (AUD)</i>
	Allocation d'Insertion (AI)	<i>demandeurs d'emploi non indemnisés au titre de l'assurance chômage : réfugiés politiques, anciens détenus, personnes dont le contrat est suspendu à la suite d'un accident de travail ou maladie professionnelle</i>
Appui Social Individualisé (ASI)		<i>accompagnement et prestations à certains demandeurs d'emploi cumulant des difficultés sociales, familiales, culturelles, voire de santé, faisant obstacles à leur insertion professionnelle</i>
Aides au logement		Logement social, adaptation du logement, allocations logement (ALS, ALF), Fonds Social pour le Logement (FSL)
Accès aux soins		<i>Aide médicale : prise en charge des frais de soins totale pour les personnes sans couverture sociale ou complémentaire</i>
Protection juridique		<i>Sauvegarde de justice, curatelle et tutelle</i>
Protection contre les discriminations		<i>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)</i>

- **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).

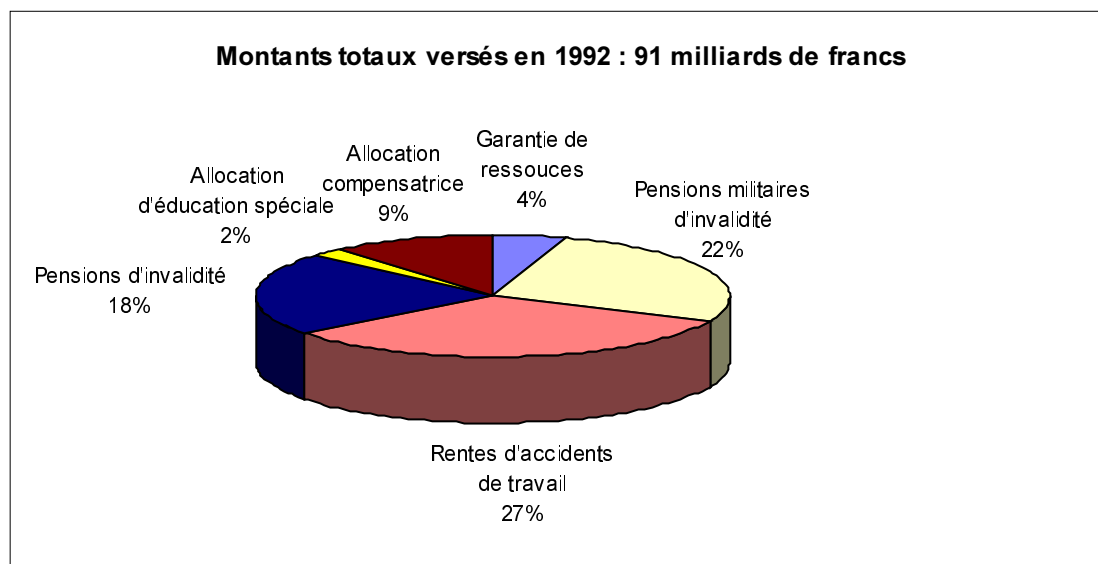
Tableau 7 : les cinq systèmes d'indemnisation du handicap en France

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 le droit à divers avantages
Les accidents de travail et les maladies professionnelles	principe de réparation lorsque sous la responsabilité de l'employeur	versement d'une rente ou d'un capital (rente accident de travail)
L'invalidité	principe d'assurance pour l'assuré social ayant une activité professionnelle	versement d'une pension d'invalidité.
La loi du 30.06.1975	principe de solidarité	versement d'allocations*

* voir **Tableau 8** : Les prestations sociales et financières de la COTOREP aux personnes handicapées.

Tableau 8 : Les prestations sociales et financières de la COTOREP aux personnes handicapées

AIDES	DEFINITION ET BENEFICIAIRES	ORGANISMES	
		PRESCRIPTEURS	GESTIONNAIRES
Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)	<i>aide financière aux personnes handicapées disposants 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 et résider en France</i>	COTOREP	CAF ou MSA
Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)	<i>prestation d'aide sociale destinée à rémunérer les services effectifs d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie quotidienne.</i>	COTOREP	service d'aide sociale du Conseil Général
Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels (ACFP)	<i>compenser les frais supplémentaires occasionnées par le handicap dans l'exercice de l'activité professionnelle et que ne supporterait pas un travailleur valide.</i>	COTOREP	service d'aide sociale du Conseil Général
Carte d'invalidité	<i>permet d'obtenir différents avantages au niveau fiscal, du stationnement de véhicule...</i>	COTOREP	délivrée par le Préfet

Figure 1 : Prestations en espèces liées au handicap - 1992

Source : les personnes handicapées en France - Données sociales 1995 - Triomphe A, p. 282.

IV/ LES REPRESENTATIONS

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. La philosophie des textes législatifs est celle du devoir de solidarité de la nation à l'égard des individus en situation de vulnérabilité.

Les personnes handicapées jouent un rôle de révélateur des dysfonctionnements de notre société (ex : l'accessibilité).

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

L'ambivalence caractérise les relations que nouent les sociétés avec l'homme souffrant d'un handicap.

L'infirmité est 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 READAPTATION à l'INTEGRATION.

La société construit le statut du handicapé en reconnaissant formellement ses activités par des mesures législatives.

Le traitement social de la différence et la reconnaissance des droits des personnes handicapées sont passés de la notion de **CHARITE à celle de SOLIDARITE** :

- **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 XIX^{ème} 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 sociale** 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 CITOYENNETE 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.

Tableau 9 : Évolution du cadre juridique et des représentations sociales des personnes handicapées

PÉRIODE	REPRESENTATIONS DE LA PERSONNE HANDICAPÉE	MODE DE REGULATION SOCIALE	REGLEMENTATION JURIDIQUE ET EVENEMENTS-CLEFS	PRINCIPES et CONTENUS
Antiquité	Monstre, difforme = maléfice /impureté	Abandon / meurtre 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 / pas d'accès aux fonctions sacrées chez les Hébreux
Moyen âge	Infirmes, fous, lépreux, épileptiques, bouffons, possédés du démon, miséreux, malades	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, vieillards, aliénés, miséreux, mendiants, vagabonds... Soldats infimes	Grand enfermement, condamnation morale et rejet	1656 - EDIT DU ROI LOUIS XIV Création de l'Hôpital général Hôtel des Invalides	Interdiction de la mendicité aux valides et invalides ⇒ L'ère de l'institutionnalisation de la maladie et de l'infirmité commence. Hôpitaux = asiles, prisons
	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
XVIII^e Siècle	Aveugles et sourds-muets ≠ infirmes non éduqués	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
		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 circonscrire 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
	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)
XX ^e siècle	Débile mental, déficient mental léger	Évaluation / Éducation adaptée	1905 - Échelle métrique de l'intelligence de BINET ET SIMON 1909 - création de classes et établissements de perfectionnement	Test d'intelligence
			1917 - Création de l'Association des Aveugles de France	
Après - Guerre	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 1 ^{ères} associations d'Anciens Combattants Création de l'office national des mutilés et réformés de 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
	Aveugles		1933 - Création de l'Association des Paralysés de France 1937 - Fédération Nationale des Tuberculeux Civils 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 professionnelle	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
	Inadaptés	9.03.1956 - DECRET concernant les Annexes XXIV	Conditions techniques d'agrément des établissements recevant des enfants et adolescents handicapés.
	HANDICAP ↓ Travailleur handicapé	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
	Inadaptés	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	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
		15.07.1970 - LOI certificat de santé et prévention	Progrès de la médecine permet à l'État d'étendre la protection à la prévention
	Handicapés	13.07.1971 - LOI N° 71-5363 sur diverses mesures en faveur des handicapés	- Allocations de subsistance, nationales (AES) (AAH) - Affiliation au régime d'assurance maladie-maternité - Création AP supplémentaires - Annonce la loi de 1975
		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	Handicapés	30.06.1975 - LOI N°75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées	- Priorité et obligation nationale - Rôle de la prévention, du dépistage et des soins - Droit à l'éducation, à la formation et l'orientation professionnelle

≠ Inadaptés	Intégration sociale	- LOI N°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales	- 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
	Droits des personnes handicapées	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'acquies à la plus large autonomie possible »
Travailleur handicapé / chômeur	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
	«Société handicapante» Définition du handicap	4.05.1988 - ARRÊTE 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
Enfants et adolescents handicapés		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
		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
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	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
En projet	Cohésion sociale	Usager / citoyen	Droits des usagers, prise en charge de qualité, coordination et régulation régionale et départementale

Tableau réalisé par M.L. DURAND - IFTS - septembre 1999.

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 :

GENE / PEUR ⇒ AGRESSIVITE / REJET ⇒ CULPABILITE ⇒ SURPROTECTION

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 attitudes des entreprises face à l'emploi des personnes handicapées montrent de grandes résistances à leur embauche.

- **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 stigmatisation* : 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 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.

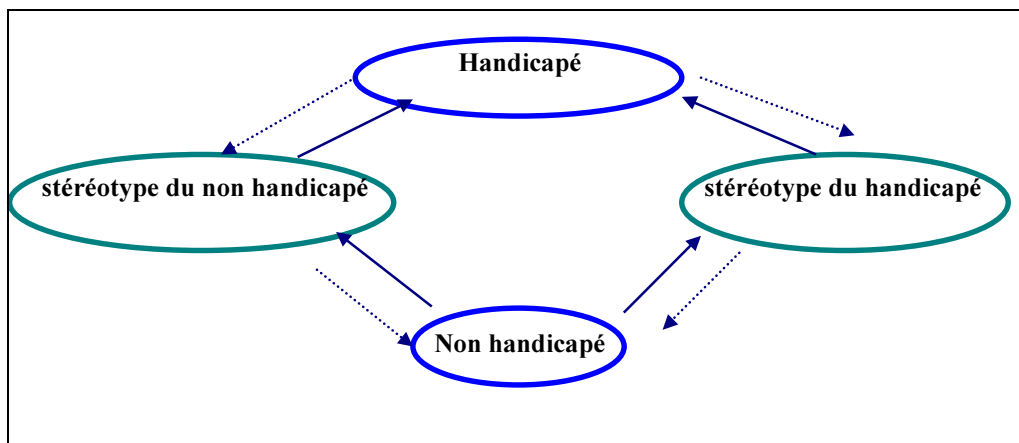
- **L'apprentissage de l'altérité**

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.



BIBLIOGRAPHIE

Sur le handicap et les personnes handicapées

- ALBY J-M, SANSOY P. Handicap, vécu, évalué. La Pensée Sauvage, 1987, 178 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.
- BLAISE J.L. Traumatisme crânien : blessure sociale. In : Les Cahiers du CTNERHI, n° 75-76, juil-déc. 1997, p. 5-20.
- BOYER-LABROUCHE A. Renaître après l'accident : la rééducation psychothérapique 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.
- CASPAR P. Le peuple des silencieux : histoire du handicap et de la déficience mentale. Fleurus, 1994, 214 p.
- CHAPIREAU F. Maladie et handicap. In : Un autre regard, n° 3, 1999.
- 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.
- 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.
- EBERSOLD S. La personne handicapée : du citoyen invisible à l'usager. Enjeux et perspectives de la Classification Internationale des Handicaps. In : Les Cahiers du CTNERHI, n° 79-80, juil-dec. 1998, p.105-119.
- Épilepsie et épileptiques. In : Réadaptation, n° 457, fév. 1999, p. 5-47.
- GRIFFON P. Déficiences visuelles : pour une meilleure intégration. CTNERHI, 1995, 242 p.
- HAMONET C. Les personnes handicapées. Presses Universitaires de France, 1996, 128 p.
- JAEGER M. Guide de l'insertion
- JALLON P. L'épilepsie. Que Sais-je ?, PUF, 1992, 125 p.
- KORFF-SAUSSE S. Le handicap : figure de l'étrangeté. In : DAYAN M. Trauma et devenir psychique, PUF, 1995, p. 39-89.
- LABREGERE A. Les personnes handicapées. La documentation française, 1981, 260 p.
- Les enjeux de la classification internationale des handicaps. In : Les Cahiers du CTNERHI, n° 81, 3/1999, 152 p.
- L'impact socio-économique des accidents de la route. In : Les Cahiers du CTNERHI, n° 59, juil-sept. 1992, 120 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.
- MICHELET A. et WOODIL G. Le handicap dit mental : le fait social, le diagnostic, le traitement. Paris, Delachaux et Niestlé, 1993, 302 p.
- RAVAUD J.F. Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet. In : Handicap, n° 81, janv.-mars 1999, p.64-75.
- Sclérose en plaques et sclérosés en plaques. In : Réadaptation, n° 438, mars 1997, p. 7-52.
- SORDES-ADER F. et al. La surdité 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.
- TAGGER N. La communication avec un jeune sourd. Presses Universitaires de Lyon, 1994, 75 p.
- TRIOMPHE A. Les personnes handicapées en France, données sociales 1995. Paris : CTNERHI, 1995, 303 p.

Sur les représentations sociales des personnes handicapées

- 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.
- CHAPIREAU F. Le handicap impossible (1^e partie).In : Annales Médico-psychologiques, n° 7-146, 1988, p. 609-631.
- CHAPIREAU F. Le handicap impossible (2^e 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.
- DORIGUZZI P. L'histoire politique du handicap. L'Harmattan, 1994, 223 p.
- EBERSOLD S. Du handicap e 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'infirm e. 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.
- 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.
- 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.
- GRIM R.O. Du monstre à l'enfant : anthropologie et psychanalyse de l'infirmité. CTNERHI, 2000, 189 p.
- Handicaps et handicap es. In : Informations Sociales, n°42, 1995, 104 p.
- L'image de la personne malade psychique à travers les soci etes : 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.
- 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.
- 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.

LA RECONNAISSANCE DU HANDICAP

OU D'UNE INCAPACITE

Aucune personne infirme n'est obligée de se faire reconnaître handicapée : le seul motif valable pour le faire est de vouloir s'ouvrir les droits liés à ce statut (mesures particulières financières et réglementaires).

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 EPSR et OIP, garantie de ressource, emplois secteur public,...)*

I/ LA COMMISSION TECHNIQUE D'ORIENTATION ET DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL (COTOREP) :

A. Les généralités

ORIGINE		
Instance départementale prévue par la loi d'orientation du 30.06.75, 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 modifiée par le décret n°95-642 du 6 mai 1995.		
COMPÉTENCES		
Examine la situation de l'ensemble des adultes handicapés ⁶ dans toutes ses dimensions : emploi, formation professionnelle, orientation, placement, aides financières et sociales.		
SECTION 1	SECTION 2 ⁸	
<ul style="list-style-type: none"> - apprécie l'aptitude au travail, - reconnaît la qualité de travailleur handicapé (RQTH⁷) 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'invalidité⁹ 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	SECRETARIAT	ÉQUIPE TECHNIQUE
<ul style="list-style-type: none"> - 24 membres¹⁰ - présidée alternativement par le directeur de la DDASS et de la DDTE <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - statue sur les demandes et rend les décisions, - peut entendre la personne handicapée ou son représentant. 	Un secrétaire et un adjoint sur proposition de la DDTE et de la DDASS <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - enregistre les demandes, - accueil et information des handicapés et de leur famille, - suivi de la personne handicapée, - assure les liaisons avec organismes, - tient à jour le fichier départemental, la liste des structures d'accueil. 	Équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, assistantes sociales, CTH de l'ANPE) <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - étudie les cas soumis, - recueille les avis nécessaires, - réalise une synthèse présentée à la commission.
R Ô L E		

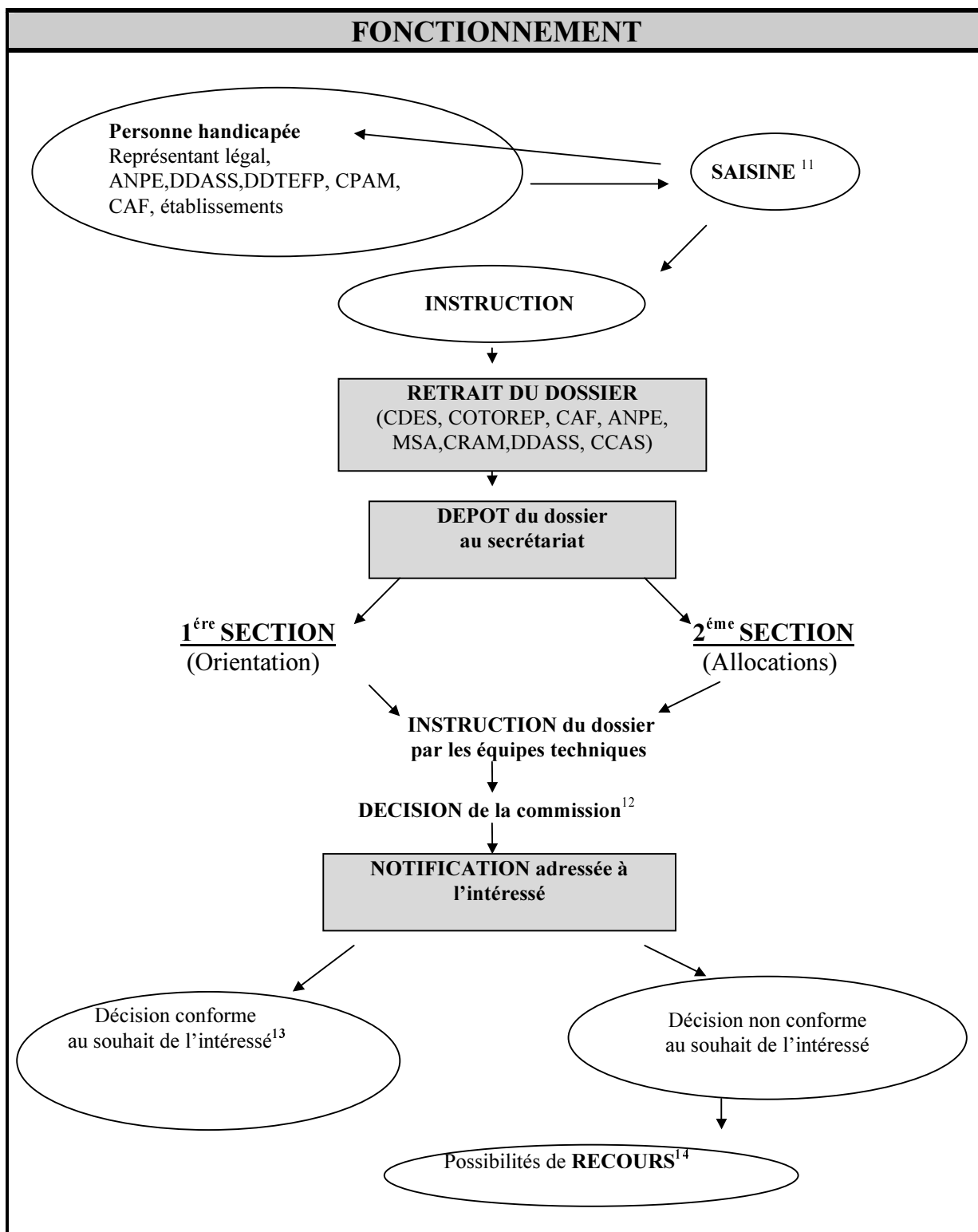
⁶ Rappel : La CDES est compétente pour les enfants et les adolescents de la naissance à 20 ans. Au moment où se pose la question de la formation professionnelle les jeunes peuvent encore relever de la CDES notamment quand une orientation en apprentissage est envisagée pour un jeune de 16 à 20 ans ⇒ dans ce cas la CDES transmet le dossier à la COTOREP.

⁷ 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.

⁸ Il existe aussi une section spécialisée fonction publique.

⁹ Sur la base du nouveau Guide-Barème prévu par le décret du 4.11.1993.

¹⁰ Nommés par le Préfet. Composition diversifiée représentant le Conseiller Général, les administrations du travail (DDTE, 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.



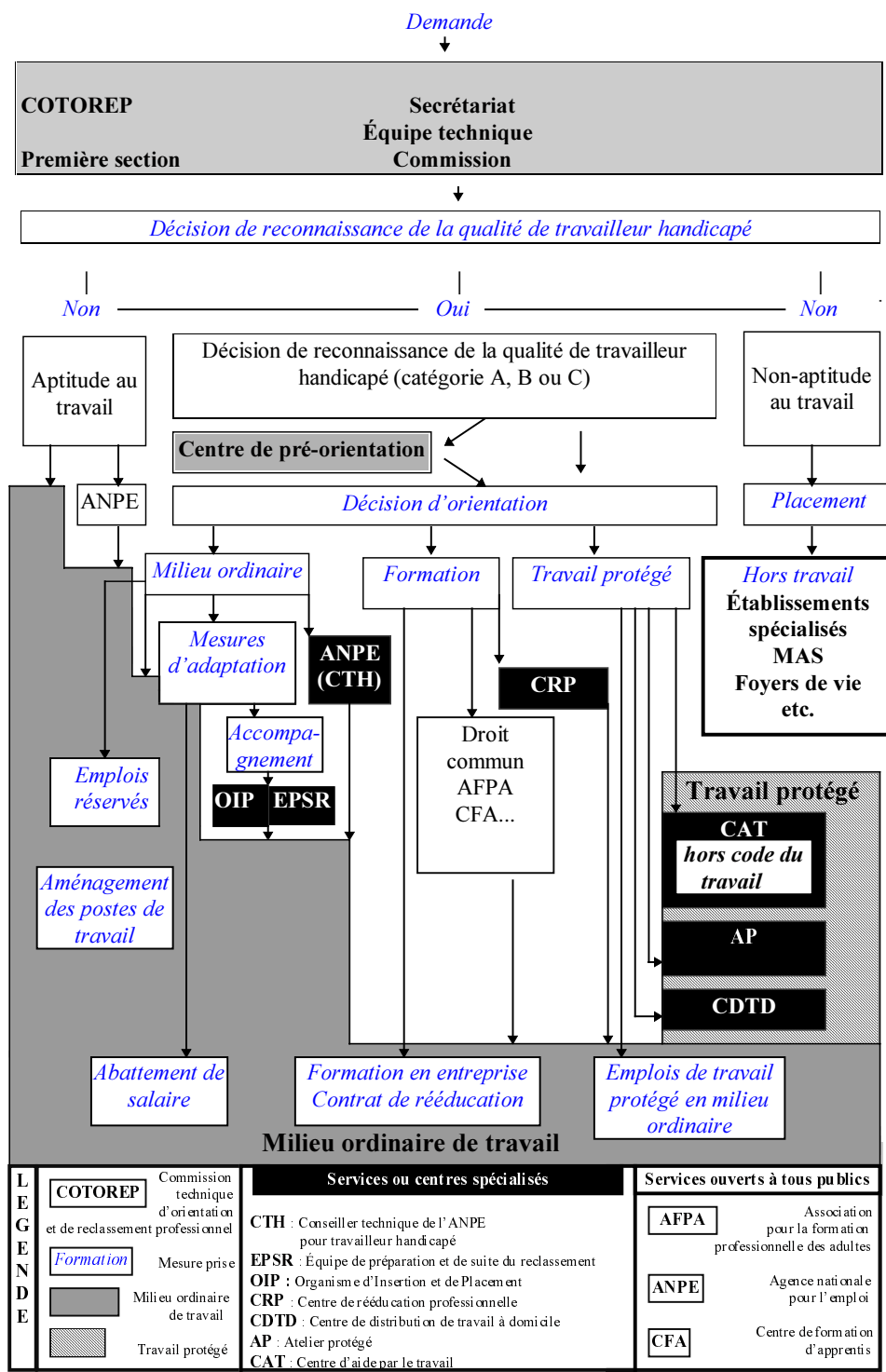
¹¹ Dans tous les cas la personne handicapée est informée de la saisine. La personne handicapée doit être âgée de 20 ans et plus ou 16 ans si elle est entrée dans la vie active pour saisir la COTOREP.

¹² 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.

¹³ **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.

¹⁴ Devant la **Commission départementale des handicapés**.

Schéma : Dispositif général mis en place par la loi d'orientation pour favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées



Source : Dominique Velche, Les personnes handicapées : données sociales, CNERHI, Vanves, 1991, p. 168. Schéma réactualisé par M.L. Durand.

B. La COTOREP en chiffres

Tableau 10 : 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

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

La COTOREP fait face à **une importante et croissante charge de travail** d'où des **délais d'instruction** des dossiers importants (\Rightarrow 8mois)

La 2^{ème} section (71,6%) traite 4 fois plus de dossier que la 1^{ère} section (28,4%).

Les bénéficiaires des décisions :

60% d'hommes de moins de 40 ans (surtout section 1) et 60% de personnes de plus de 50 ans en section 2 (les femmes sont les plus nombreuses).

- Au 1er janvier 1996, 76 288 adultes vivent en établissements ou services d'hébergement : 47% en foyers hébergement, 34% en foyers de vie. 92 169 adultes handicapés sont en établissements de travail protégé dont 11,7% en A.P. et 88,3% en CAT.

A noter : une **insuffisance des infrastructures d'accueil**.

Tableau 11 : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé par les COTOREP en 1987, 1992 et 1995 (extrapolation sur 96 départements)

	1987		1992		1995	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Décision de reconnaissance						
catégorie A	12.431	15,1	19.088	15,8	31.276	18,3
catégorie B	35.340	43,0	50.736	42,1	75.277	43,6
catégorie C	26.972	32,8	38.113	31,6	49.563	29,1
Total	74.743	90,8	107.937	89,6	156.116	91,1
Refus de la reconnaissance*						
Aptitude au travail	3.664	4,5	5.078	4,2	5.971	3,5
Inaptitude au travail	3.868	4,7	7.433	6,2	9.120	5,4
Total	7.532	9,2	12.511	10,4	15.091	8,9
TOTAL des COTOREP	82.275	100	120.448	100	171.207	100

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 pour 1995.

* 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)

La RQTH :

représente 60,7% des décisions de la S1 en 1992, soit + de 46% depuis 1987.

RQTH le plus souvent en catégorie B.

Tableau 12 : Décisions d'orientation prises par la COTOREP pour les travailleurs handicapés en 1987, 1992 et 1995

	1987		1992		1995	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Milieu ordinaire de travail	29.792	45,4	32.577	41,8	52.870	47,4
Centres d'aide par le travail	18.562	28,3	25.586	32,8	33.900	30,5
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
TOTAL des COTOREP	65.632	100	77.959	100	111.400	100

Source : Ministère de l'emploi et de la solidarité

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 dû à l'effet institutionnel.

En 1995, 111.400 décisions d'orientation ont été prises par les sections 1 des COTOREP, avec une augmentation vers le milieu ordinaire (47,4% contre 38,6% en milieu protégé), l'orientation vers la formation représentant les 14% restant ne cesse de baisser. Les orientations vers les AP ont le plus progressé mais ne représentent que 20,9% des orientations vers le milieu protégé.

Tableau 13 : Les travailleurs handicapés en chiffres *

1. La reconnaissance travailleur handicapé par la COTOREP

Nombre total de RQTH= 157 209 dont :

- 31 454 en Catégorie A
- 76 704 en Catégorie B
- 49 051 en Catégorie C

2. Les décisions d'orientation prises par les COTOREP

Nombre total de décisions = 100 876 dont :

- 48 407 en milieu ordinaire de travail (placement direct)
- 29 624 en CAT
- 7 664 en AP
- 15 181 en formation professionnelle

3. Où sont les travailleurs handicapés ?

- 3 700 en centre de préorientation
- 6 000 en centre de formation spécialisé
- 85 295 dans l'un des 1 248 CAT
- 14 054 dans l'un des 484 AP
- 450 000 en entreprise
- 125 569 en situation de chômage **

En Rhône-Alpes ***

20 218 RQTH
 - 18% Catégorie A
 - 46% Catégorie B
 - 34% Catégorie C

13 715 décisions
 - 55% en MOT
 - 31% en milieu protégé
 - 14% en formation

16 014 au chômage
 soit 6,1%

* Chiffres du Ministère du Travail et tirés des statistiques annuelles des COTOREP-1996

** Source ANPE *** Données ANPE et DRTEFP 1998

II/ LES ORGANISMES DE SECURITE 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 annuel moyen
II	Incapacité à exercer une activité rémunérée	50% du salaire annuel moyen
III	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

- **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.

La maladie professionnelle figure parmi les affections inscrites au tableau des maladies professionnelles (CF. Code Sécurité Sociale)

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 de travail* si le taux est supérieur à 10%.

B. Les données chiffrées

Tableau 14 : Pensions d'invalidité - Régime général

Année	Montant (en millions de F)		Bénéficiaires (en milliers de personnes)					Total
	Avantage de base	Fonds national de solidarité	Assurés			Autres	Pensions de conjoints survivants	
			Pensions de 1 ^{ère} catégorie	Pensions de 2 ^{ème} catégorie	Pensions de 3 ^{ème} catégorie			
1980	6 589	435	123	266	16	7	19	431
1985	11 424	1 146	127	280	15	3	16	441
1990	13 098	1 233	127	273	15	4	12	430
1992	13 645	1 186	124	275	15	5	10	428
1995	14 997	1 201	125	284	14	6	8	437

Source : CNAMST

Tableau 15 : Rentes d'accidents de travail - Régime général

Année	Montant versé (en millions de F)		Rentes en cours (en milliers de personnes)
	Total	dont rentes servies à des assurés	Total
1980	10 866	8 194	1 803
1988	18 438	13 881	1 712
1992	20 025	14 880	nd
1996	20 057	15 489	nd

Source : CNAMST

III / LE REGIME 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, apprentissage, éducation, assurance et 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 12.12.1952 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'attentats du terrorisme et depuis juillet 1993, son action s'étend à la protection des enfants et orphelins des agents de l'état (magistrats, gendarmes, policiers, démineurs,...) blessés ou tués lors de missions de sécurité publique.

Tableau 16 : Pensions militaires d'invalidité

Année	Montant (en millions de F)		Bénéficiaires (en milliers de personnes)			
	Total	aux invalides	Invalides	Veuves et orphelins	Ascendants	Total
1980	12 801	7 970	591	285	60	936
1985	17 842	11 621	494	219	36	749
1990	18 165	12 006	428	182	23	633
1996	17 039	11 107	358	151	14	523

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

BIBLIOGRAPHIE

- Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1998. Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1999, 465 p.
- BLANC A. La COTOREP : l'expert ballotté. In : Les handicapés au travail. Dunod, 1999, p.49-81.
- 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.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DE LA VILLE et MINISTERE 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.

Axe II :

**La formation et l'insertion professionnelle des
personnes handicapées**

<p style="text-align: center;">Le cadre juridique et les acteurs clefs</p> <p style="text-align: center;">de l'insertion et de la formation professionnelle</p>

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

La loi du 10.07.1987, loi-cadre de l'insertion professionnelle, est venu renforcer le droit au travail énoncé par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30.06.1975.

L'AGEFIPH, issue de la loi de 1987, est un acteur principal 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 dans 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 6.01.1986 appliquée au secteur social et médico-social, ont confié des missions aux collectivités territoriales.

Tableau 17: 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	→ assure l'hébergement des travailleurs handicapés en foyer ou en SAVS → favorise l'autonomie des personnes handicapées vivant à domicile en versant l'ACTP ou l'ACFP
Conseil Régional¹⁵	collectivité territoriale régionale	→ donne accès aux actions de formation du Programme régional de Formation → permet l'accès aux formations délivrées par les CFA
DDASS + DRASS¹⁶	service déconcentré du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité	→ assure secrétariat de la CDES et préside la 2 ^e section de la COTOREP et la CDES → planification et programmation des équipements sociaux (CAT) et médico-sociaux → Tarification et contrôle d'établissements sociaux et médico-sociaux (CRP)
DDTEFP¹⁷	service déconcentré du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité	<u>DDTEFP :</u> → préside 1 ^{ère} section de la COTOREP, gère secrétariat et assure suivi des AP → assure la garantie de ressources en travail 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 → suivi de l'activité des EPSR et OIP <u>Inspection du Travail¹⁸</u> → intervient sur l'inaptitude, l'accessibilité des locaux de l'entreprise, l'aménagement du poste de travail → vérifie conditions pour abattement de salaire → vise les contrats de mise à disposition d'un ouvrier d'AP dans une entreprise
AGEFIPH	association nationale	Voir III/ Présentation de L'AGEFIPH page 52

¹⁵ S'agissant de la formation professionnelle et de l'apprentissage, la région dispose d'une compétence de droit commun élargie aux jeunes sans qualification par la Loi du 20.12.1993.

¹⁶ 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.

¹⁷ Sa mission s'inscrit dans la politique générale de l'emploi du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

¹⁸ dans le cadre de sa mission générale de conseil et de contrôle de l'application de la réglementation du travail.

III/ LA LOI DE 1987

La Loi n°87-517 du 10.07.1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés¹⁹ régit les conditions de l'obligation d'emploi imposant à tous les employeurs occupant au moins 20 salariés, d'employer 6% de travailleurs handicapés.

A. Les grands principes :

PRINCIPES DE LA LOI	
Bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes reconnues travailleurs handicapés par la COTOREP • Les victimes d'accidents 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 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 entreprises du secteur privé • Les établissements publics • L'Etat
Embauche directe de travailleurs handicapés OU Solutions alternatives à l'obligation d'emploi	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Versement d'une contribution à un fonds de développement pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées, versée par bénéficiaire manquant pour atteindre le quota de 6%
Unités bénéficiaires	Chaque recrutement de travailleur handicapé représente une ou plusieurs unités-bénéficiaires calculées en fonction de plusieurs critères
Commission départementale des travailleurs handicapés, des mutilés de guerre et assimilés (CDTH)	Statue sur les contestations nées de l'application de l'obligation d'emploi (salaire des bénéficiaires, garantie de ressource, classement)

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

¹⁹ modifiant La loi du 23.11.1957

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 18 : Calcul des unités supplémentaires selon les critères suivants

Travailleur reconnu handicapé par la COTOREP		Unité bénéficiaire supplémentaire
Âge	moins de 25 ans	+ 0,5 unité
	plus de 50 ans	+ 0,5 unité
Importance du handicap	Catégorie B	+ 0,5 unité
	Catégorie C	+ 1,5 unité
Formation dispensée par l'entreprise	500 heures ou plus	+ 0,5 unité
Embauche à la sortie d'un : CAT, AP, CDTD, IMPro		+ 1 unité pendant toute la durée du contrat
Centre de formation professionnelle		+ 0,5 unité l'année d'embauche et l'année suivante
Accidentés du travail et victimes de maladies professionnelles		UB supplémentaire
Taux d'incapacité permanente	de 66,66% à 85%	+ 0,5 unité
	plus de 85%	+ 1,5 unité

B. Le bilan

Tableau 19 : L'emploi direct par les entreprises

Années	Bénéficiaires (1)	Unités bénéficiaires proratisées (UBP)	Taux d'emploi en UBP
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%
1995	265 927	323 890	4,05% (3)

(1) Ces nombres doivent être rapportés aux évolutions du nombre de salariés retenu dans l'assiette d'assujettissement et éclairé de l'évolution générale de l'emploi pour les années correspondantes.

(3) L'année 1995 est marquée par la mise à jour du fichier annuel expliquant la baisse du taux bien que le nombre de bénéficiaires ait augmenté.

Tableau 20 : Caractéristiques de l'emploi direct - 1995

Travailleurs handicapés reconnus par la COTOREP	27,4% en <u>Catégorie A</u> 53,8% en <u>Catégorie B</u> 18,7% en <u>Catégorie C</u>
Attitude des entreprises	36 à 37% atteignent le taux de 6% 38% ne comptent aucune personne handicapée
Profil de la population employée et secteur d'emploi	79% population masculine 55% à dominante ouvrière 48% dans l'industrie et 41% dans le tertiaire
Entreprises de moins de 20 salariés	50 000 à 80 000 travailleurs handicapés employés

Les entreprises embauchent des personnes handicapées plus gravement atteintes. L'attitude des entreprises vis à vis de l'emploi direct est stable depuis 4 ans.

Tableau 21 : Les autres modalités d'acquittement de l'obligation d'emploi

Le recours à la sous-traitance	en 1995 : 2 milliards de francs, 19 053 établissements concernés
Les accords	en 1997 : 100 accords (dont 2 accords de branche) sont en vigueur

La contribution à l'AGEFIPH		
Années	Nombre d'établissements	Montant en milliards de F.
1991	45 500	nd
1992	46 000	1,613
1993	45 457	1,631
1994	44 100	1,569
1995	44 852	1,662

Tableau 22 : 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

Tableau 23: Comment les établissements s'acquittent de l'obligation d'emploi de 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%

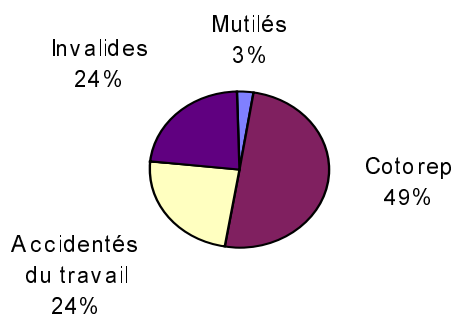
Source : MES-DARES, enquête sur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés

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

Les personnes handicapées ne semblent plus un public prioritaire devant les nouvelles urgences sociales et la montée des « handicapés sociaux »

Quelques données chiffrées en Rhône-Alpes

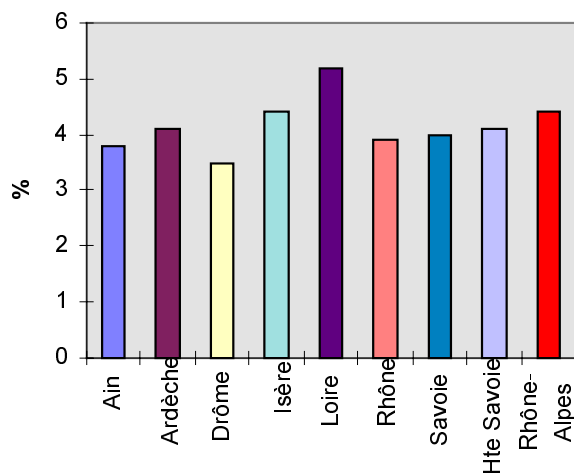
Répartition des bénéficiaires présents en entreprise selon leur "nature"



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 \Rightarrow 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).

Données Ministère de l'Emploi et de la solidarité 1998

Taux d'emploi des bénéficiaires de la loi de 1987 dans les entreprises



Taux d'emploi en Rhône-Alpes : 4,4%

La Loire se rapproche du quota des 6% ; la Drôme et l'Ain ont du retard avec moins de 4%.

En 1998, 2 106 établissements de Rhône-Alpes n'employaient aucun travailleur handicapé.

III/ PRESENTATION DE L'AGEFIPH

Les grands principes seront abordés ici.

A. L'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. 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,
- affectations prioritaires des ressources du Fonds : le surcoût des actions de formation lié au handicap ; les actions d'innovation et de recherche dans l'entreprise ; les mesures nécessaires au suivi des travailleurs handicapés dans leur insertion ou leur vie professionnelle (EPSR, primes pour l'entreprise),
- intervention exclusivement auprès des entreprises du secteur privé quelle que soit leur taille et des organismes publics soumis au droit privé.

B. 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** (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 des « 20 mesures pour l'emploi des personnes handicapées ».

Tableau 24 : Programme d'intervention ordinaire de l'AGEFIPH**Bénéficiaires des actions**

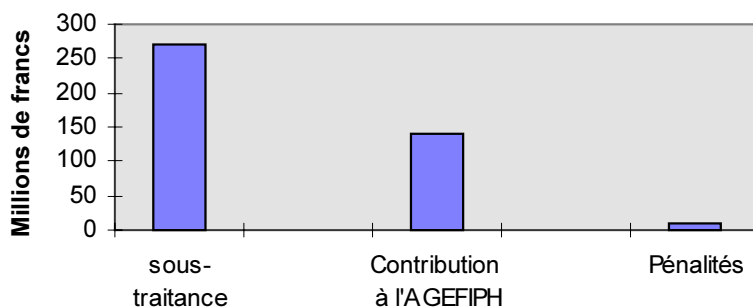
	<i>Entreprises (employeurs, représentants du personnel, salariés)</i>
	<i>Personnes handicapées</i>
	<i>Opérateurs médiateurs (opérateurs de l'insertion et du reclassement, organismes de formation et de bilan,...)</i>
	<i>Milieu protégé</i>

				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	

C. Le bilan

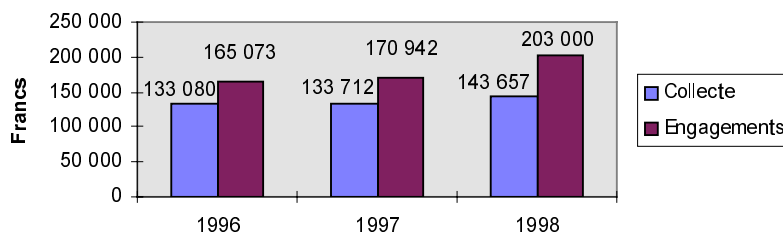
En 6 années, 350 000 demandes ont été acceptées et financées par l'AGEFIPH pour un montant global de 9,3 milliards de francs.

Contribution financière des entreprises par nature



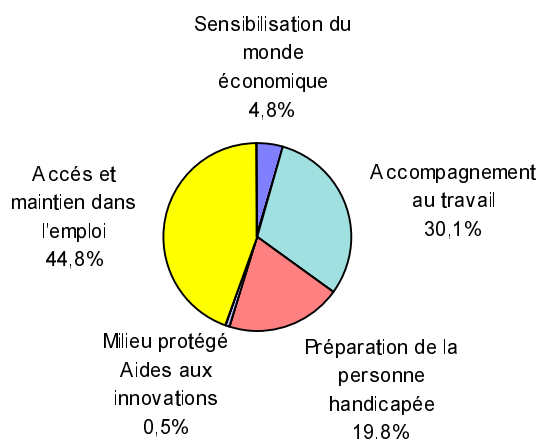
* Données Ministère de l'Emploi et de la Solidarité 1998

Flux financiers de l'AGEFIPH Rhône-Alpes



Données AGEFIPH 1999

Engagements de l'AGEFIPH en 1997 par domaine



Données AGEFIPH 1998

Montant des contrats de sous-traitance cumulé à la contribution directe = 409 Millions de francs.

Parmi les 9 902 entreprises de Rhône-Alpes assujetties en 1997 : 45% ont versé une contribution à l'AGEFIPH, 39% ont signé un contrat de sous-traitance.

L'ensemble des mesures pour l'emploi et des primes pour l'insertion accordées par l'AGEFIPH représente un montant engagé de 200 MF.

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

Les 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).

IV/ LES ACTEURS

A. Le dispositif spécialisé

1. Les Équipes de Préparation et de Suite du Reclassement (EPSR) et les Organismes d'Insertion et de Placement (OIP) rassemblés sous le label CAP EMPLOI.

Les EPSR et les OIP constituent les maillons essentiels du dispositif d'insertion des travailleurs handicapés.

ORIGINE	Loi d'Orientation du 30.06.1975, art.14. Convention Etat/AGEFIPH du 15.02.1994 renouvelée et étendue le 9.12.1998.
BENEFICIAIRES	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	<p><i>Ces structures ont pour missions principales :</i></p> <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. En liaison avec l'ANPE, elles participent à la prospection des offres d'emploi.</p> <p>A titre complémentaire, d'autres missions pourront 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.</p>
NOMBRE	70 EPSR privées et 36 publiques, 40 OIP.

2. Les services de suite des établissements spécialisés

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 associations²⁰ 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.

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

Historique : les associations ont un rôle primordial dans la reconnaissance des personnes handicapées dès les années 20 avec les associations de promotion et de défenses des personnes souffrant d'infirmités physiques (FMT, LADAPT, APF). Au départ les associations se sont créées pour suppléer à une carence (vides médicaux, économiques, sociaux et juridiques) des pouvoirs publics en matière de gestion du handicap. A la fin des années 60, 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 30.06.1975.

*Face aux difficultés de coordination interministérielle a eu lieu une expérience de 1988 à 1993 d'un **Secrétariat d'État aux handicapés et accidentés de la vie** sous la direction du Ministre des Affaires sociales : la médiatisation a permis l'évolution de la législation et la prise de conscience du handicap par le public.*

La mission des associations et des organismes est d'apporter aux entreprises, aux organismes de formation, aux EPSR et OIP, aux personnes handicapées, aux pouvoirs publics, dans leur champs 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 peuvent apporter 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.

Le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH) créé en 1984 dont le président est nommé par le Ministre des Affaires Sociales et constitué de représentants de 46

²⁰ Les associations gestionnaires, les associations de type syndical et les associations d'usagers constituent le paysage associatif français.

associations ou organismes désignés par l'arrêté du 6.05.1996. *Il assure la participation des personnes handicapées à l'élaboration et 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.*

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 de recherche interdisciplinaire de Vaucluse

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 autisme et psychoses infantiles (ASITP)

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.I.M.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)

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 (UNAPEI)

Union nationale des associations familiales (U.N.A.F.)

Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS).

B. Le droit commun

1) Le service social de la CRAM

Ce service apporte une aide globale (d'ordre matériel, psycho-social et professionnel) aux assurés sociaux du régime confrontés, ou susceptibles de l'être, à de graves problèmes en rapport avec la maladie, l'accident, l'invalidité, le décès, le handicap, la dépendance et le vieillissement.

Son action est plus particulièrement ciblée sur :

- l'accès aux soins (information sur les droits, les structures de soins, aides financières...),
- l'insertion professionnelle (et la prévention des situations de désinsertion),
- le traitement de la dépendance (aide au maintien au domicile, accès aux services, aux réseaux, etc...),

et elle exerce dans le respect des règles déontologiques propres à la profession d'assistant de service social.

Missions	<p>⇒ <i>Insertion professionnelle</i></p> <p>partenariat avec les différents services et intervenants de la COTOREP, médecins traitants, médecins du travail, médecins conseils, ANPE, EPSR, OIP, PDITH, centres de formation, autres travailleurs sociaux, etc...</p> <p>→ favoriser le maintien dans l'entreprise (contribuer à la conservation, à l'aménagement de l'emploi ou à la reconversion)</p> <p>→ soutenir et dynamiser la construction d'un reclassement professionnel</p> <p>→ contribuer à l'élaboration des décisions d'orientation de la COTOREP</p> <p>→ participer aux groupes de travail du PDITH</p>
Services proposés aux assurés	<p>→ repérer, offrir de l'aide et informer les personnes susceptibles de rencontrer des difficultés professionnelles du fait de leur inaptitude à l'exercice de leur métier</p> <p>→ amener ces personnes à anticiper l'avenir et à envisager des solutions face à la modification de leur situation, en cheminant avec elles</p> <p>→ rechercher les possibilités d'aménagement ou de reconversion dans l'entreprise</p> <p>→ les aider à défaut de maintien, à initier les projets et entrevoir quelques pistes</p> <p>→ aider dans les démarches d'accès aux diverses formations (spécialisées ou de droit commun)</p> <p>→ assurer un suivi durant tout le processus de reclassement</p> <p>→ mettre à tous les stades ces personnes en relation avec les partenaires ou organismes compétents</p>
Services aux entreprises	<p>→ contacts ponctuels et informations éventuelles sur les aides, subventions spécifiques, aménagements de poste, aide au recrutement, etc...</p> <p>→ liaisons avec les services sociaux et médicaux d'entreprise dans le cadre de l'aide aux assurés</p>
Financement	<p>Les caisses primaires assurent le financement de certaines mesures spécifiques aux handicapés, après notification par les COTOREP, telles que les stages de rééducation professionnelle (frais de séjour, compléments de salaire dans certaines conditions) et les contrats de rééducation professionnelle chez l'employeur (salaire en partie)</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 participe à 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	<p>→ 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 30.06.1975,</p> <p>→ assister les employeurs pour l'embauche et le reclassement de leurs salariés.</p>
Prestations offertes par l'ANPE	<p>→ 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,</p> <p>→ la RQTH permet l'accès à des mesures pour l'emploi par le biais de contrats de travail dits « contrats aidés » ou des stages en entreprise,</p> <p>→ aide à l'orientation professionnelle : bilans de compétence, actions spécifiques dans le cadre des PDITH, session d'orientation approfondie,</p> <p>→ aide à l'évaluation professionnelle : niveau de compétences, évaluation en milieu de travail,</p> <p>→ aide à la recherche d'emploi : intégration des travailleurs handicapés dans les ateliers de recherche d'emploi,</p> <p>→ aide à la formation : actions de préqualification et de qualification, actions Crédit Formation Individualisée...</p>
CTH	<p>Dans la plupart des départements, il existe un Conseiller emploi pour les travailleurs handicapés qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 (EPSR et OIP), - organise le suivi des résultats obtenus par les agences locales, - sollicite l'intervention de l'AGEFIPH.
Liens entre L'ANPE et l'AGEFIPH	<p><i>Il existe une convention signée ayant pour objectif :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - de favoriser la mise en oeuvre de parcours d'insertion en développant les partenariats appropriés au plan départemental et régional, - 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.
L'APEC	<p>un réseau de compétences au niveau des cadres : 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.</p>

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	<ul style="list-style-type: none"> • Les Missions locales 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, et aident les jeunes à formaliser un projet d'insertion sociale et professionnelle. • Les PAIO pratiquent un accueil personnalisé, informent et conseillent sur les possibilités de formation, d'insertion professionnelle et sociale et assurent le suivi des jeunes accueillis. • Les Espace-Jeunes : label attribué aux Missions Locales et aux PAIO ayant pour objectif d'apporter aux jeunes d'une même zone d'emploi, un service unique et de qualité égale et qui réponde à une démarche de qualité. Le choix de ces structures se fait par accord entre l'État, le Conseil Régional et l'ANPE sur la base des critères définis dans une charte régionale.
Le programme TRACE	<p>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.</p> <p>→ 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.</p>

VI/ LES PROGRAMMES DEPARTEMENTAUX D'INSERTION POUR TRAVAILLEURS HANDICAPES (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 la responsabilité d'un Comité de pilotage composé en général de l'AGEFIPH, de la direction départementale de l'ANPE, de la CRAM, de l'Union Patronale et présidé par la DDTEFP.

• 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.

• Actions

- Prospection, sensibilisation et conseil aux entreprises,
- Assure le parcours d'insertion du travailleur handicapé : accueil, bilan, redynamisation, formation, placement et accompagnement dans l'entreprise,
- Maintien dans l'emploi,
- Soutien à l'activité des COTOREP,
- Actions facilitant l'accès en MOT de personnes issues du milieu protégé,
- Actions innovantes.

• Financement

Actions financées par les crédits du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, de l'ANPE, de l'AGEFIPH. Les crédits ne se substituent pas aux crédits de droit commun ; Financements spécifiques possibles.

VII/ SYNTHÈSE

Synthèse des ressources région Rhône-Alpes								
	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie
PDITH	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
EPSR	●	●	●		●	●	●	●
OIP				*		*		
Mission Information des entreprises	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Mission Maintien	■	■	■		■	■	■	■
Mission Ergonomie		◎	◎	◎			◎	◎
Organisme du schéma régional de formation	×	×	×	×	×	×	×	×
CRP	□			□	□	□		□
Ressources pour déficients sensoriels		*		*	*	*	*	*
Ressources pour malades mentaux	♣			♣	♣	♣	♣	
Ressources pour traumatisés crâniens				♠	♠	♠		
Service d'accompagnement associé au PDITH				◇	◇			

BIBLIOGRAPHIE

- 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.
- 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.
- CHAUVIERE 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.
- COYER X. La coordination des actions administratives. In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France. Desclée de Brouwer, 1998, p. 185-192.
- 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.
- L'ADAPT, à l'aube de l'an 2000. In : Réadaptation, n°453, sept. 1998.
- 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.
- 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.

LA FORMATION PROFESSIONNELLE

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 ».

La formation professionnelle permet de favoriser l'accès ou le retour à l'emploi des travailleurs handicapés et augmente le potentiel d'insertion des demandeurs d'emploi. De plus, les besoins de formation des personnes handicapées sont particulièrement importants : 80% de celles qui sont inscrites à l'ANPE ont un niveau inférieur ou égal au niveau V (CAP/BEP).

I / LE DISPOSITIF SPECIALISE

Le dispositif spécialisé de formation est destiné aux travailleurs handicapés qui doivent améliorer leur niveau de qualification ou se reconvertir et qui rencontrent des difficultés d'accès aux formations de droit commun. Le travailleur handicapé peut bénéficier dans ce cadre d'une formation professionnelle avec un accompagnement adapté. L'orientation vers ce dispositif se fait sur décision de la COTOREP.

A. Les établissements

1) *Les Instituts Médico Professionnels (IMPro)*

Les établissements médico-professionnels accueillent et prennent en charge les adolescents handicapés et proposent des formations professionnelles ou pré-professionnelles soit en leur sein, soit en les intégrant à des structures de droit commun (lycée professionnel, CFA, etc.).

Les IMPro sont spécialisés par type de handicap : déficience intellectuelle, déficience motrice (IEM), déficience visuelle, déficience auditive, troubles du comportement.

L'admission se fait sur décision de la CDES.

NB : Les **SEGPA** et les **EREA** dispensent un enseignement général et professionnel à des jeunes en grande difficulté et aux élèves handicapés de 12 à 18 ans.

2) *Les Centres de Rééducation Professionnelle (CRP)*

Les CRP, publics ou privés, sont financés par l'Assurance Maladie et permettent à des travailleurs handicapés d'accéder à une formation diplômante ou qualifiante, dans un environnement médico-social adapté.

Les formations dispensées par les 84 centres répartis sur le territoire national sont diverses et couvrent de nombreux secteurs d'activités.

Les stages d'une durée de 10 à 30 mois sont sanctionnés par un examen pour l'obtention d'un diplôme ou d'une attestation de fin de formation.

Les personnes handicapées ont le statut de stagiaires de la formation professionnelle et perçoivent une rémunération accordée à ce titre (voir § 2) La rémunération des stagiaires » page 75).

Tableau 25 : Les deux sections spécifiques de certains CRP

Les centres de préorientation	Les Unités d'Évaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle (UEROS)
<p>Ils accueillent sur décision motivée de la COTOREP des travailleurs reconnus handicapés dont l'orientation professionnelle présente des difficultés particulières qui n'ont pu être résolues par l'équipe technique de cette commission.</p> <p><i>Stage d'environ 8 semaines</i> qui permet d'établir un bilan (souhaits, capacités intellectuelles et physiques à l'exercice ou apprentissage d'un métier) au vu duquel la COTOREP prononcera une orientation. En 1993, environ 600 places sont offertes (soit environ 3700 stagiaires par an).</p>	<p>Créées pour favoriser la réinsertion professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien. Prise en charge pendant une période maximum de 3 mois renouvelable sur orientation de la COTOREP afin</p> <ul style="list-style-type: none"> → d'évaluer les potentialités de la personne, → de mettre en place un programme personnalisé de réentraînement à la vie active, → de dégager les éléments pertinents en vue d'une future orientation, → d'assurer un suivi individualisé du devenir de chaque personne.

- **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 *4 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 aux travailleurs handicapés reconnus par la COTOREP depuis 1962. 90% des stagiaires sont des assurés sociaux (accidentés du travail, maladies professionnelles).

3) Les autres dispositifs

- **Les accords d'entreprise**

Ces accords doivent prévoir la mise en oeuvre d'un programme d'actions en faveur des travailleurs handicapés comportant au moins deux des actions suivantes :

- plan d'embauche en Milieu Ordinaire de Travail
- plan d'insertion et de formation
- plan d'adaptation aux mutations technologiques
- plan de maintien dans l'entreprise en cas de licenciement

Au niveau du *plan d'insertion et de formation*, l'employeur peut s'acquitter de son obligation 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.

- **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, centrée sur la formation conçue comme outil d'insertion, regroupe des associations (comme l'association « Vivre ») et la plupart des CRP dont les membres sont concernés par la place de la personne handicapée dans le monde du travail.

Elle compte 60 centres de formations pour 10 000 places et les centres de pré-orientation.

La FAGERH est un lieu de réflexion technique sur la vocation des formateurs en lien avec le contexte économique, sur les évolutions techniques et est en relation avec les différents partenaires qui permettent d'aboutir à un projet d'insertion sociale et professionnelle.

- **Les centres d'actions préparatoires à l'emploi**

Le Comité de liaison pour l'Alphabétisation et la promotion (CLAP) qui lutte contre l'exclusion mène depuis 1974 des actions de mise à niveau pour un public de *migrants reconnus travailleurs handicapés* par les COTOREP en vue de leur réinsertion sociale et professionnelle.

Le CLAP a ouvert en 1992 un centre d'Actions Préparatoires à l'Emploi (APE) dans le cadre de l'opération DEFI.H Ile de France mise en place par l'AGEFIPH en lien avec la DRTE.

Toute personne bénéficiaire de la Loi de 1987 peut participer aux actions proposées par l'équipe qui se compose d'animateurs, de psychologues, de formateurs et de médecins.

Les APE d'une durée de 80 à 300 heures rémunérées permettent :

→ de cerner à partir d'un bilan des activités personnelles et professionnelles, les compétences, les aptitudes et les capacités de chacun.

→ d'élaborer un projet professionnel réaliste, validé par une insertion en entreprise, accompagné jusqu'à son terme.

B. Les modalités

1) Les adaptations de l'apprentissage

- **Le contrat d'apprentissage** est une mesure de droit commun. Elle fait l'objet d'aménagements pour les personnes reconnues travailleurs handicapés et orientées vers ce dispositif par la COTOREP (voir Tableau 27 : **Le dispositif de droit commun** en formation page 72) :

- le statut d'apprenti handicapé permet *une dérogation sur l'âge maximum* porté à 26 ans révolus,
- les stagiaires handicapés disposent d'*une année supplémentaire* par rapport à la durée du cycle normal,
- les *avantages spécifiques* sont l'aménagement pédagogique, l'enseignement théorique par correspondance si le handicap empêche la fréquentation du CFA, le versement de la prime à l'embauche de l'AGEFIPH,
- *la prise en charge de la formation des tuteurs* en entreprise à l'accueil et à l'accompagnement des jeunes handicapés.

- **Les services des « Centres de Formation d'Apprentis Spécialisés » (CFAS)**

Les CFAS, issus de la loi du 30.06.1975, ont été mis en place dans certains schémas régionaux de formation professionnelle des personnes handicapées. Ils accueillent des jeunes déficients mentaux ou ayant des troubles de la conduite et du comportement, des handicapés moteurs et sensoriels associés à un retard intellectuel qui les empêchent de s'intégrer totalement dans des structures de droit commun. Ils permettent ainsi aux jeunes handicapés d'accéder à une grande partie de l'enseignement du CFA et de bénéficier d'un soutien voire d'une formation adaptée (petits groupes, horaires renforcés, pédagogie adaptée...) dans les matières pour lesquelles ils éprouvent le plus de difficultés.

- **La prime de reclassement** est destinée au travailleur handicapé qui a suivi un stage. Elle est une aide matérielle à la reprise d'une activité (demande à la COTOREP).

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	Conditions d'accès	Modalités	Salaire
<p>permettre la remise au travail de personnes qui, du fait d'un handicap, sont soit dans l'impossibilité d'exercer leur ancien métier, soit dans l'incapacité de reprendre leur activité avec la même efficacité :</p> <p>→ réacquérir le rythme de travail → mettre en place des procédures nouvelles pour pallier les déficiences</p>	<p>être assuré social, être reconnu travailleur handicapé et orienté par la COTOREP, obtenir l'accord de la CPAM ou MSA</p>	<p>CDD de 1 à 12 mois renouvelable ⇒ 24 mois ou CDI entre l'employeur, la CPAM et le travailleur handicapé qui va suivre une formation individualisée. Soumis pour accord à la DDTEFP</p>	<p>SMIC ou 1^{er} échelon de sa catégorie la CPAM assure une partie de la rémunération pendant 3 à 12 mois</p>

C. Le bilan

En 1996, il existe 85 CRP dont 9 de statut public (ONAC) et 13 centres de préorientation. En 1995, 10 500 places sont offertes en CRP (dont 1/3 est occupé par des accidentés de travail).

Profil et devenir des stagiaires sortis de CRP en 1991	
Âge et sexe	61% moins de 35 ans ; 80% d'hommes
Handicap	70% déficience motrice, 21,3% maladies invalidantes, 14,6% troubles psychiatriques, 12% déficience sensorielle, 3,4% déficience intellectuelle
Orientation et formation	180 formations proposées 62% ont bénéficié d'une action transitoire avant l'entrée en formation (stages préparatoires ou de remise à niveau)
Évolution professionnelle	77% ont trouvé un emploi au bout d'un an stabilité de l'emploi quand embauche dès la fin du stage
Personnes ayant accès à l'emploi dans les 6 mois	jeunes (- de 26 ans) déficients moteurs de catégorie A ayant une situation professionnelle avant le stage
Personnes n'ayant pas ou difficilement accès à l'emploi après 1 an	personnes de 35 à 50 ans déficients psychiatriques

Enquête de la FAGERH sur un échantillon de 1078 stagiaires en 1991.

Tableau 26 : Adultes handicapés en établissements de rééducation professionnelle au 1^{er} janv. 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							2		1			3
18 et 19			4	3	1	4	32	33	7	1	2	87
20 à 24		4	15	102		27	163	427	161	7	48	954
25 à 29	2	3	12	157		27	120	836	276	5	95	1 533
30 à 34	1		11	166	1	26	70	880	304	9	81	1 549
35 à 39	2		8	144		17	66	836	279	9	104	1 465
40 à 44		1	2	117		17	33	564	271	10	75	1 090
45 à 49	2		3	20	3	11	23	239	97	2	31	431
50 à 54			1	1		1	1	17	4		4	29
55 à 59								2				2
60 à 64								1				1
65 ou plus								12				12
Total	7	8	56	710	5	130	510	3 847	1 400	43	440	7 156

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - SESI, 1996.

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.

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 parfois 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)*

Les actions réalisées par l'AFPA

- Accueil de travailleurs handicapés dans les centres de formation AFPA
- Appui technique et pédagogique aux CRP
- Prestations d'évaluation-orientation des psychologues AFPA dans les COTOREP
- Réalisations locales de formation adaptées au bénéfice du secteur protégé
- Convention signée avec l'AGEFIPH : réalisation de 50 expertises techniques ; mise en oeuvre de parcours individualisés de formation ; évaluation de la mesure « formation » du dispositif AGEFIPH.
- 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.

B. Les modalités

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

1) Les contrats et les statuts

- *Les jeunes demandeurs d'emploi* ou non 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 27** : *Le dispositif de droit commun en formation* page 72).

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 36** : *Les contrats « aidés »* page 93].ou de **Stages (SAE, SIFE)**.

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* ont deux possibilités de formation : **le plan de formation de l'entreprise, le congé individuel de formation.**

Tableau 27 : Le dispositif de droit commun en formation²¹

LES CONTRATS	Objectifs Bénéficiaires	Nature et durée du contrat	Statut et avantages du bénéficiaire	L'employeur : conditions et avantages
Le contrat d'apprentissage	acquérir une qualification professionnelle sanctionnée par un diplôme jeunes de 16 à 25 ans <i>26 ans pour apprenti handicapé</i>	éducation en alternance avec contrat de travail durée de 2 ans formation au minimum de 400 h/an + inscription dans un CFA <i>1 année supplémentaire pour le stagiaire handicapé</i>	l'apprenti est un salarié salaire calculé en fonction du SMIC, de l'âge et de l'année <i>aménagement pédagogique, enseignement par correspondance, subvention forfaitaire de 10 000 F par année d'apprentissage versée par l'AGEFIPH.</i>	contrat enregistré à la DDTEFP prime d'apprentissage = à 520 fois le SMIC exonération charges sociales <i>prime à l'embauche formation des tuteurs en entreprise</i>
Le contrat de qualification	obtenir une qualification professionnelle sanctionnée par un diplôme tout en travaillant jeunes de 16 à 25 ans sans qualification <i>demandeurs d'emploi de 26 ans ou + « rencontrant des difficultés sociales ou professionnelles »</i>	contrat de travail à durée déterminée de 6 à 24 mois, la formation doit occuper 25% de la durée de contrat et se déroule dans un organisme de formation	le jeune est salarié rémunération par l'entreprise de 30 à 75% du SMIC selon âge et année <i>Subvention forfaitaire de 10 000 F par période de 6 mois, versée par l'AGEFIPH</i>	employeur assujéti à L'UNEDIC, contrat enregistré à la DDTEFP, convention signée entre l'employeur et un centre de formation tuteur est nommé pour encadrer le jeune ; exonération des charges patronales, prime, remboursement des frais de formation par OPCA. <i>prime à l'embauche</i>
Le contrat d'adaptation	s'adapter à un poste de travail ou un type d'emploi par l'accès à des formations complémentaires demandeurs d'emploi de 16 à 25 ans déjà qualifiés	CDD de 6 à 12 mois ou CDI formation de 200 heures minimum	le jeune est salarié rémunération = 80% du salaire minimum conventionnel et 100% après période d'adaptation Subvention forfaitaire de 10 000 F versée par l'AGEFIPH	employeur : idem ci dessus prise en charge de la formation, aide au tutorat pris en charge par OPCA, <i>versement prime à l'embauche de l'AGEFIPH</i>

²¹ Les aménagements spécifiques pour les apprentis handicapés sont en italique dans le tableau

Les contrats (suite)	Objectifs- Bénéficiaires	Nature et durée du contrat	Statut et avantages du bénéficiaire	L'employeur - conditions et avantages
Le contrat d'orientation	insertion dans la vie active en favorisant orientation professionnelle par une première expérience en entreprise Jeunes de moins de 25 ans sans qualification	CDD d'une durée de 6 à 9 mois, actions d'orientation et de formation d'une durée de 20 à 25% de la durée du contrat convention avec organismes de formation	le jeune est salarié et perçoit un salaire minimum en fonction de son âge de 30 à 65% du SMIC. Subvention forfaitaire de 10 000 F en appui à un contrat d'orientation d'au moins 3 mois, versée par l'AGEFIPH.	certains Employeurs assujetti à L'UNEDIC, contrat enregistré à la DDTEFP un tuteur est nommé pour encadrer le jeune exonération des cotisations patronales, prise en charge de la formation, aide au tutorat pris en charge par OPCA
Stage d'Insertion Formation Emploi SIFE	favoriser la réinsertion professionnelle des demandeurs d'emploi par une prise en compte individualisée de leurs besoins et l'élaboration d'un plan diversifié d'insertion SIFE collectif : bénéficiaires de la loi de 1987 SIFE individuel : travailleurs handicapés avec des risques importants de rester au chômage pour une longue durée. Personne âgée de + de 26 ans, inscrites à l'ANPE depuis + de 3 ans sont prioritaires	durée de la formation à caractère professionnel de 40 à 1200 heures maximum. En alternance, ANPE monte le dossier et le valide, convention signée entre DDTEFP et organisme de formation	stagiaire de la formation professionnelle, rémunéré à ce titre. personne bénéficiant du SIFE collectif peut bénéficier après la formation d'un accompagnement en terme d'insertion professionnelle d'une durée moyenne de 3 mois	coûts pédagogiques, prise en charge totale ou partielle par la DDTEFP ou ANPE + complétée par Fonds social de l'ASSEDIC et AGEFIPH les organismes conventionnés par les actions SIFE sélectionnés pour suivi, mettent en place un système de référents

Les contrats (suite)	Objectifs- Bénéficiaires	Nature et durée du contrat	Statut et avantages du bénéficiaire	l'employeur - conditions et avantages
Stage d'Accès à l'Entreprise SAE	apporter au demandeur d'emploi les compétences professionnelles lui permettant d'accéder à une offre d'emploi déposée à l'ANPE. L'employeur qui l'accueille s'engage à l'embaucher à l'issue de la formation	formation à caractère professionnelle d'une durée moyenne de 300 heures. formation collective ou individuelle se déroulant en entreprise ou organisme de formation	stagiaire de la formation professionnelle rémunéré par l'État ou l'ASSEDIC	l'employeur doit avoir déposé une offre à l'ANPE et passé convention soit avec l'ANPE ou organisme de formation. frais de formation pris en charge totalement ou partiellement par ANPE + rémunération du stagiaire totalement prise en charge
Le plan de formation de l'entreprise	rassembler les actions de formation décidées par l'employeur dans le cadre de la gestion du personnel. Peut intégrer les demandes individuelles formulées par les salariés	départ en formation assimilé à l'accomplissement d'une mission professionnelle	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	financée par le budget de formation de l'entreprise
Le congé individuel de formation CIF	permettre à tout travailleur au cours de sa vie professionnelle de suivre à son initiative et à titre individuel, des actions de formation	demande écrite d'autorisation d'absence du salarié à son employeur	la personne reste salariée mais son contrat de travail est suspendu droit à la rémunération acquis lorsque OPACIF a donné son accord	financé par Organismes Paritaires Agréés par l'État (OPACIF = FAF ou FONGECIF) l'employeur verse la rémunération et se fait rembourser. Les frais (formation, transport, hébergement) peut être pris en charge par OPACIF l'AGEFIPH peut participer aux coûts pédagogiques pour les salariés handicapés

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 les ASSEDIC, par l'Etat (par l'intermédiaire du CNASEA), ou si le stagiaire effectue sa formation à l'AFPA, il peut choisir soit une rémunération versée par cet organisme ou l'Allocation de Formation Reclassement.

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.

ASSEDIC		ETAT
Allocation de Formation Reclassement (AFR)	Fonds Social	CNASEA
<i>conditions : avoir droit aux allocations chômage</i>	<i>dans certaines conditions, aides sur la formation, l'accès à l'emploi, fin du droit au titre de l'assurance chômage</i>	<i>concerne les stagiaires ne relevant pas du régime AFR et dépend de la situation antérieure à l'entrée en stage.</i>

C. Bilan

En 1995, 4050 travailleurs handicapés sont accueillis dans les centres AFPA (2,4% de l'ensemble des stagiaires) et 2 800 dans 465 organismes de formation (dont 215 en CFA) dans le cadre des schémas régionaux mis en place par l'AGEFIPH et les conseils régionaux, avec le partenariat de l'Etat.

L'AFPA et les handicapés en 1996	
Nombre de prestations d'orientation	42 000
	47% sont orientés vers un espace de formation préparatoire
Types de formations	22% suivent une formation en tertiaire, 13,5% en Industrie, 12% en Bâtiment, 4,3% dans les formations à distance et 1,6% agriculture, chimie et textile
Niveau de formation	51% niveau V, 30% niveau V bis, 19% techniciens supérieurs
Âge	2/3 ont plus de 30 ans (âge moyen de 36 ans contre 30 ans pour l'ensemble des stagiaires)
Situation avant l'entrée en formation	37% des demandeurs d'emploi de longue durée, 63% chômeurs de moins d'un an

⇒ Le faible niveau de qualification des personnes handicapées et l'évolution des métiers dans un contexte de mutation rapide de l'emploi reste une préoccupation majeure.

III / LE SCHÉMA RÉGIONAL DE FORMATION EN RHONE ALPES

A. Les objectifs

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 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 actuel.

Dans cet esprit, le Schéma Régional Rhône-Alpes, par l'intermédiaire de :

- 154 organismes du milieu ordinaire de formation (au 1-09-2000),
- 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 des 230 référents formés spécifiquement à la prise en compte du handicap en formation,
- l'implication des correspondants des organismes prescripteurs et des Conseillers Techniques des parcours de formation,
- l'attention particulière portée par les organismes financeurs de la formation.

B. Les aides de l'AGEFIPH en matière de formation

L'AGEFIPH intervient au niveau du financement de la formation, des aides techniques et humaines.

- Pour les personnes handicapées
 - Aide complémentaire à celle apportée par l'Etat, la Région, l'organisme collecteur du CIF, les ASSEDIC.
 - Prise en charge de la formation en vue de l'obtention du permis de conduire dans la limite de 5000 Frs, en compensation du handicap.

- Pour les entreprises
 - Aide complémentaire à la participation de l'entreprise au coût pédagogique de la formation.
 - Participation au coût d'encadrement sur une période d'une durée hebdomadaire limitée.

- Pour les organismes de formation
 - Prise en charge de l'adaptation des supports pédagogiques et des contenus de formation en fonction du handicap.

L'AGEFIPH n'intervient pas au titre de la rémunération des stagiaires.

Au titre du Schéma Régional, l'AGEFIPH intervient spécifiquement sur les points suivants :

- Surcoûts liés à l'accueil des personnes handicapées dans les centres de formation et les CFA.
- Adaptation de supports pédagogiques, contenus de formation, bilans de compétence.
- Formation des Référents.
- Accompagnement du dispositif par la prise en compte de personnes-ressources (référents) et prestations propres à cette fonction.
- Accessibilité des locaux de formation.

IV / LE RÔLE DES RÉFÉRENTS

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**
- **Rechercher les lieux de stage pour les formations continues en alternance**
- **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 étroit avec les organismes chargés du placement des personnes handicapées, l'insertion en milieu ordinaire de travail**
- **Etre en étroite relation avec la délégation régionale de l'AGEFIPH pour tout aspect relevant des aides spécifiques à des personnes handicapées ou de l'accessibilité des locaux.**

BIBLIOGRAPHIE

- 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.
- 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.
- 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.
- LENGYEL 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.
- 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 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 inffo, 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.
- 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

LE DROIT A L'EMPLOI

L'Etat intervient pour permettre l'accès à l'emploi pour tous avec les lois sur l'obligation d'emploi : Loi de 1924 concernant les invalides de guerre, Loi de 1957 concernant les invalides civils, Loi de 1987 avec ses alternatives.

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

DROIT A 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 dès l'école ou la formation professionnelle et inclut aussi l'intégration physique en terme 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.

I / LE DISPOSITIF SPECIALISE

A. Les établissements en milieu protégé

Les premières expériences d'institutions de travail protégé débutent dans les années 50. 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 (CDTD)

Définition et rôle	<ul style="list-style-type: none"> • AP = Unités économiques de production qui mettent les travailleurs handicapés à même d'exercer une activité professionnelle salariée dans des conditions adaptées à leurs possibilités. Financés par une subvention de l'Etat.
Conditions d'admission	<ul style="list-style-type: none"> • CDTD = procurent aux travailleurs handicapés des travaux à effectuer à leur domicile, assimilés aux AP. • 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. • 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 ressource. (Voir 1) La garantie de ressources page 83)

2) Les Centres d'Aide par le Travail (CAT)

Définition et rôle	Etablissements médico-sociaux relevant du Ministère des Affaires sociales et financés par L'Aide Sociale*.
Conditions d'admission	Offrent aux personnes handicapées des activités productives et des soutiens sociaux, éducatifs, médicaux et psychologiques. Travailleurs handicapés orientés par la COTOREP dont la capacité de production est inférieure au tiers de la capacité normale de travail.
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 travail²² • 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.

* Décret du 31.12.1977 et circulaire du 8.12.78

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 AP et 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 MOT. Les travailleurs handicapés, tout en restant attachés à leurs CAT ou AP peuvent passer quelques heures ou jours par semaine en entreprise.

²² La législation du travail s'applique seulement pour l'hygiène, la sécurité et la médecine du travail.

B. Les modalités

1) La garantie de ressources

Une garantie de ressource (GRTH) est assurée à tous les travailleurs handicapés qui exercent une activité professionnelle quelles qu'en soient les modalités (Loi de 1975, art. 32 à 34). Elle est assurée par l'Etat sous la forme d'un complément de rémunération (fixe) associé au salaire versé par l'employeur.

Tableau 28 : La GRTH en milieu protégé

	Salaire direct	Complément	Bonification	G.R.T.H.
AP et CDTD	Mini = 35% SMIC	55% du SMIC	Non	90% du SMIC
	Si > 35% du SMIC	55% du SMIC	Oui	90 à 130% du SMIC
CAT	Mini = 5% SMIC	50% du SMIC	Non	55 à 70 % du SMIC
	Si > 20% du SMIC	50% du SMIC	Oui	70 à 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 MOT. Elles visent également à favoriser l'alternative au milieu protégé, notamment pour les jeunes issus de l'éducation spécialisée.

Tableau 29 : Les mesures favorisant la sortie ou l'évitement du milieu protégé

MESURE	OBJECTIF	INTERVENTION
« Rapprochement du milieu protégé et du milieu ordinaire »	Rapprocher les entreprises et les AP en permettant : - aux personnes handicapées d'appréhender les réalités du travail en milieu ordinaire et d'acquérir des savoir-faire et des compétences professionnelles nouvelles - aux entreprises de se familiariser avec les personnes handicapées et d'apprécier leurs capacités professionnelles	- <i>entreprise</i> : prise en charge de la formation du tuteur et des personnes handicapées aux postes occupés dans l'entreprise, participation à l'acquisition d'équipements liés au contrat - <i>AP</i> : prise en charge de la formation de travailleurs handicapés leur permettant d'acquérir les compétences professionnelles et les savoir-faire pour intégration en MOT
« Détachement en entreprise »	Idem	- prise en charge de la formation du tuteur en entreprise - prise en charge de la formation de la personne handicapée au poste occupé
Dispositifs de sortie ou d'alternative au milieu protégé	Favoriser la réussite des placements en MOT des établissements ayant une mission d'insertion en milieu ordinaire	Moyens financiers pour renforcer des moyens techniques ou des compétences
Dispositifs innovants	Favoriser la réalisation d'actions d'insertion 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. Le bilan

Tableau 30 : L'emploi en milieu protégé

	Centres d'Aide par le travail		Atelier protégé		Total
	nombre	personnes employées	nombre	personnes employées	
1985	911	58 297	106	5 369	63 666
1996	1284	81 385	382	10 784	92 169

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

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 MOT.

Tableau 31 : Adultes handicapés en établissements de travail protégé au 1^{er} 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	1 553	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 DROIT COMMUN

Différents dispositifs dans le cadre des politiques de l'emploi s'adressent aussi au travailleur handicapé.

Le travailleur handicapé est un salarié d'où il bénéficie d'un contrat de travail, du principe de non discrimination, du statut de droit commun par rapport à l'embauche, aux conditions de travail, aux modalités de licenciement (maladie et inaptitude physique, faute).

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

A. Les établissements

1) L'insertion par l'économique

L'insertion par l'économique regroupe un ensemble de dispositifs d'aides publiques à des structures ayant pour vocation principale l'insertion professionnelle des publics en grande difficulté d'insertion *dont les personnes handicapées*, les chômeurs de longue durée ou de plus de 50 ans, les bénéficiaires du RMI, les jeunes en difficulté, les ex-détenus...

Ces structures leur offrent des emplois et un accompagnement adapté.

Tableau 32 : Les associations intermédiaires (AI), les entreprises d'insertion (EI), les entreprises de travail temporaire d'insertion (ETTI)

	PUBLIC et ROLE	OBJECTIFS	AVANTAGES
AI	Personne sans emploi Mise à disposition des collectivités locales, d'associations ou de particuliers, pour réaliser, à titre onéreux, des travaux occasionnels « de proximité »	- Contrat de travail à durée déterminée ou non combiné à un contrat de mise à disposition - Suivi et accompagnement - Orientations vers des actions de formation	- Subvention publique au démarrage - Exonération de charges patronales de SS pour le personnel mis à disposition
EI	Personnes qui compte tenu de leurs difficultés ne peuvent être embauchées directement par une entreprise de droit commun Unité de production et de service concourant à leur réinsertion par l'exercice d'une activité économique	- CDD de 24 mois au plus - Acquisition d'une autonomie et de capacités suffisantes pour accéder à un emploi de droit commun ou suivre une formation professionnelle	- Subventions du Ministère de l'emploi et de la Solidarité et des collectivités territoriales - Abattement de 50% des charges patronales de Sécurité Sociale. - Versement de la prime à l'embauche de l'AGEFIPH
ETTI	Personne sans emploi en grande difficulté Mise à disposition d'entreprise des personnes	- Contrat de travail temporaire (max. 24 mois) - Suivi et accompagnement social et professionnel	- Exonération totale des charges patronales - Subvention du Ministère du travail pour les postes d'encadrement

2) Les autres dispositifs

- **Les Agences Intérim**

Des stages ou périodes d'intérim permettent d'évaluer les performances des travailleurs handicapés.

- **ADECCO Travail temporaire** a créé une « Mission handicap et compétences » qui a étendu à l'ensemble du réseau ADECCO (650 agences en France), 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.

- **Les emplois protégés en milieu ordinaire ou emplois légers**

Ils sont occupés par des travailleurs handicapés qui ne peuvent être employés en raison de leur état physique ou mental, soit à un rythme normal, soit à temps complet.

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).

Tableau 33 : Les différents types de contrats « aidés » de droit commun

LES CONTRATS AIDES	Bénéficiaires Objectifs	Nature et durée du contrat	Statut et avantages du bénéficiaire	L'employeur Conditions et avantages
Le contrat d'apprentissage				
Le contrat de qualification				
Le contrat d'orientation				
Le contrat d'adaptation				
	→ Voir Tableau 27 : Le dispositif de droit commun en formation page 72			
Les emplois-jeunes	<p>Insertion professionnelle durable des jeunes et développement d'activités d'utilité sociale répondant à des besoins nouveaux et non satisfaits</p> <p>Jeunes de 18 à 26 ans ou à 30 ans n'ayant pas droit au chômage.</p> <p>Les travailleurs handicapés de moins de 30 ans</p>	<p>Contrat de droit privé à temps plein de 5 ans ou à durée indéterminée</p> <p>Formation facultative</p>	<p>Emploi salarié, rémunéré au SMIC ou selon convention collective</p> <p>Pendant la durée du Programme Exceptionnel de l'AGEFIPH (99-2001), l'embauche d'un jeune handicapé ouvre droit au versement d'une subvention maximale de 75 000 F sur une période de 3 ans.</p>	<p>Organismes sans but lucratif, employeurs de droit public ou structures de droit privé chargées de la gestion d'un service public.</p> <p>Aide au poste, aide au projet, exonération de la taxe sur les salaires</p>

LES CONTRATS AIDES (suite)	Bénéficiaires Objectifs	Nature et durée du contrat	Statut et avantages du bénéficiaire	L'employeur conditions et avantages
<p>Le contrat initiative emploi (CIE)</p>	<p>Inciter les employeurs à embaucher des demandeurs d'emploi qui éprouvent des difficultés d'insertion ou de réinsertion sur le marché du travail</p> <p>L'État fixe chaque année les publics prioritaires</p> <p><i>Bénéficiaires de la loi de 1987</i></p>	<p>CDI ou CDD de 12 à 24 mois, minimum de 16 h/ hebdomadaire <i>sauf pour travailleurs handicapés</i></p>	<p>Bénéficiaire est salarié rémunéré au SMIC minimum</p> <p>Formation facultative</p> <p><i>Peut recevoir prime à l'embauche de l'AGEFIPH</i></p>	<p>Employeur affilié à l'UNEDIC, convention avec L'État.</p> <p>Exonération des cotisations patronales de SS, aide au tutorat</p> <p><i>Aide forfaitaire pour certains publics, prime à l'embauche + aide pour formation et tutorat de l'AGEFIPH</i></p>
<p>Le contrat emploi solidarité (CES)</p>	<p>Permettre à des personnes sans emploi en effectuant des travaux utiles à la collectivité de favoriser leur réinsertion dans la vie active</p> <p><i>Travailleurs handicapés et Bénéficiaires de la loi de 1987</i></p>	<p>CDD à mi-temps de 3 à 12 mois</p>	<p>Bénéficiaire rémunéré sur la base du SMIC</p> <p>Formation possible dans la limite de 400 h et non rémunérée.</p> <p>Mesures d'accompagnement afin d'assurer un appui à la recherche d'emploi</p>	<p>Collectivités locales, établissements publics, organismes à but non lucratif.</p> <p>Convention avec l'État</p> <p>Exonération charges patronales, prise en charge par l'État de 65 à 95% du salaire, aide à la formation de l'État + aide de l'AGEFIPH pour la formation</p>
<p>Le contrat emploi consolidé (CEC)</p>	<p>Offrir une solution d'insertion durable à certains titulaires de CES dépourvus de toute perspective d'emploi ou de formation à l'issue de leur contrat</p> <p>Publics prioritaires dont les bénéficiaires de la loi de 1987 ont la possibilité d'accéder directement au CEC</p>	<p>CDI ou CDD de 12 mois renouvelable dans la limite de 5 ans</p>	<p>Bénéficiaire rémunéré sur la base du SMIC</p> <p><i>Peut recevoir prime à l'embauche de l'AGEFIPH</i></p> <p>Formation facultative dans la limite de 400 h, non rémunérée</p>	<p>Idem que pour CES</p> <p>+ prise en charge par L'Etat de 60% du salaire, dégressif selon les années</p> <p>+ prime à l'embauche de l'AGEFIPH</p>

2) La création d'activité

La création d'une entreprise ou le démarrage d'une activité indépendante constituent un moyen de s'insérer professionnellement.

Les Chambres de Commerce et les Chambres des métiers constituent une source d'information. Il existe des aides de droit commun et des aides spécifiques pour les demandeurs d'emploi. Il est possible de se former en vue de créer son activité (notamment à la gestion).

- **Aides mises en oeuvre par l'AGEFIPH**

L'AGEFIPH a référencé un réseau d'accompagnement à la création d'activité.

- **Conseil en création d'activité**

Tout bénéficiaire de la Loi de 1987 peut solliciter un entretien auprès de ces services. Les prestations des conseils en création d'activité permettent aux entreprises créées par leur intermédiaire d'avoir un taux de pérennisation supérieur aux autres.

Mission	<i>Intervenir et aider le porteur du projet avant et après sa création</i>
Phase 1	Accueillir et orienter afin d'identifier les porteurs du projet
Phase 2	Accompagner au montage du projet
Intervention après la création d'activité	Aider le créateur à pérenniser son activité grâce à un appui technique : suivi sur une durée de 24 mois et appui dans les domaines de l'organisation administrative et comptable, du commercial, de la gestion, du développement

- **Subvention à la création d'activité**

La subvention est au maximum de 70 000 Frs, en complément d'autres financements dans la limite de 50% du coût total du projet.

- **Autres aides** (cumulables avec celles proposées par l'AGEFIPH)

- **L'ACCRES** (Aide aux Chômeurs Créateurs ou Repreneurs d'Entreprise) permet le maintien de la couverture sociale durant les 12 premiers mois de l'activité et l'exonération des cotisations sociales,

- **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, propose des crédits de solidarité,

- **Le prêt d'honneur** attribué par la COTOREP pour favoriser son installation dans une profession indépendante.

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 (réunie en formation « secteur public ») doit satisfaire aux conditions générales d'accès à la fonction publique et le handicap doit être reconnu compatible avec l'emploi postulé.

→ *Trois voies possibles d'accès à la fonction publique :*

- Le concours : le candidat peut bénéficier d'aménagements d'épreuve (temps de composition majoré d'un tiers, matériel adapté, assistance d'un secrétariat),
- L'examen d'accès aux emplois réservés : concerne les emplois de catégorie B et C (et D dans la fonction publique d'Etat). Une nomenclature des emplois réservés est fixée par décret. La COTOREP transmet le dossier à la Direction Interdépartementale des Anciens combattants qui assurera la convocation aux épreuves,
- La voie contractuelle : recrutement pour les emplois de catégories A, B, C et D dans la fonction publique d'Etat et les emplois de catégorie A et B des fonctions publiques territoriale et hospitalière. Les candidats doivent produire l'attestation de la COTOREP « secteur public ».

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, peut (à la demande de l'employeur et après avis de l'inspection du travail) décider d'une diminution du salaire par rapport à celui d'un travailleur valide accomplissant la même tâche. Cette décision fait l'objet d'une notification. Cet abattement ne concerne que les travailleurs handicapés de catégorie B et C. La GRTH est financée par l'AGEFIPH pour les emplois ordinaires.

Tableau 34 : La G.R.T.H. en milieu ordinaire

	Salaire direct	Complément	Bonification	G.R.T.H.
Emploi ordinaire	Mini = 80% SMIC	20% du SMIC	Non	100 à 130% du SMIC
Emploi protégé	Mini = 50% SMIC	30% du SMIC	Non	80 % du SMIC

- **La prime à l'embauche de l'AGEFIPH**

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, - permettre aux jeunes handicapés d'acquérir des compétences et une qualification dans le cadre de contrats d'apprentissage et de contrats en alternance.
Conditions	- nature du contrat : CDI, CDD d'au moins 12 mois, d'une durée hebdomadaire de travail de 16 heures minimum (les contrats en alternance et d'apprentissage bénéficient de subventions spécifiques dans le cadre des mesures « aides à la formation en alternance » et « aides à l'apprentissage »).
Montant	<ul style="list-style-type: none"> - pour l'employeur : 10 000 Frs à l'acceptation du dossier et 5 000 Frs au 12ème mois de travail effectif suivant l'embauche, - pour la personne handicapée : 10 000 Frs à l'acceptation du dossier.

b. Les mesures favorisant le maintien dans l'emploi

L'inaptitude au poste de travail ne peut être considérée comme entraînant systématiquement le licenciement. 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.

• 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 travail.

• 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.

* *le licenciement* : les salariés handicapés ont droit à une période de préavis plus longue.

• 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 35 : Les mesures de maintien dans l'emploi

Mesures	Bénéficiaires	Objectifs et aides
« Maintien dans l'emploi »	Entreprises éligibles aux interventions de l'AGEFIPH pour : - Les salariés inaptés - Les salariés handicapés dont le handicap s'aggrave	Faciliter et accélérer la mise en oeuvre d'actions concertées pour le reclassement du salarié Aide financière versée à l'employeur
« Aménagement des postes de travail » ²³	Entreprises éligibles aux interventions de l'AGEFIPH pour : - Les salariés ou les personnes en cours de recrutement bénéficiaires de la loi de 1987.	Modification du poste de travail ou son organisation Validation par le médecin du travail et le CHSCT Recours à des consultants en ergonomie financés par l'AGEFIPH qui apportent une réponse technique et/ou organisationnelle pour compenser le handicap et déterminent le coût des aménagements préconisés
« Accessibilité des lieux de travail »	Entreprises éligibles aux interventions de l'AGEFIPH pour : - Les salariés ou les personnes en cours de recrutement bénéficiaires de la loi de 1987.	Demandes de financement étudiées par l'AGEFIPH qui peut solliciter un expert dont elle financera l'intervention ²⁴
« Soutien et suivi de l'insertion »	Aides spécifiques de l'AGEFIPH à la personne handicapée	Compenser le handicap dans les situations de préparation, d'accès et de maintien dans l'emploi et résoudre les difficultés d'intégration en Milieu Ordinaire de Travail : <i>les aides techniques</i> (matériel adapté, prise en charge formation à l'utilisation de ce matériel) ; <i>les aides humaines</i> ; <i>le transport</i> ; <i>l'accompagnement social</i> ; <i>le suivi en entreprise</i>
Autres mesures		La formation, l'aménagement du temps de travail, le contrat de rééducation professionnelle, l'abattement de salaire

²³ Il vise à réduire le handicap des personnes handicapées en compensant totalement ou partiellement leurs inaptitudes.

²⁴ *Rappel* : la mesure est également mobilisable en faveur des centres de formation du Schéma régional pour en faciliter l'accès aux stagiaires handicapés admis à suivre la formation.

C. Le bilan

Tableau 36 : Les contrats « aidés »

	1992	1993	1994	1995	1996
CRE (1)	11 136	14 450	19 419	13 000	
CIE (2)				12 034	20 520
CES	9 389	33 269	40 042	43 674	49 397

(1) Contrats de retour à l'emploi jusqu'en juin 1995

(2) Contrats initiative emploi depuis juillet 1995

Depuis 1991, 175 000 CES ont permis d'accompagner des personnes handicapées dans leur parcours d'insertion.

Tableau 37 : L'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique en 1995

	Nombre de personnes	Pourcentage
Fonction publique de l'Etat	69 934	3,20 %
Fonction publique hospitalière	39 024	5,79 %
Fonction publique territoriale	28 439	5 %
Total	170 000	

Tableau 38 : Population handicapée inscrite à l'ANPE au 31 juillet 1997

Nombre de demandeurs d'emploi handicapés (DETH)	155 761 contre 133 000 en 1996 et 55 000 en 1990 4,5% de la population de demandeurs d'emploi est reconnue travailleurs handicapés (en 1985, 1,38%), 11,6% de la population active
Handicap	36 435 de catégorie A, 83 368 de catégorie B, 26 244 de catégorie C., 7 505 bénéficiaires de pensions d'invalidité, 2 209 bénéficiaires de rentes arrêt de travail
Qualifications	35 942 manoeuvres ou OS, 38 724 employés non qualifiés, 27 729 ouvriers qualifiés, 44 214 employés qualifiés, 8 022 AMT et cadres, 1 130 sans qualification spécifique
Ancienneté au chômage depuis 2 ans et plus	23,49% de catégorie A, 24,77% de catégorie B et 28,54% de catégorie COTOREP 25,3% de l'ensemble des DETH contre 17,4% des non handicapés
Âge et sexe	9 611 ont moins de 25 ans dont 5 788 hommes et 3 823 femmes

Source : Statistiques ANPE

La durée du chômage des personnes handicapées est presque 2 fois plus longue que celle de l'ensemble de la population.

Le nombre de chômeurs handicapés a triplé depuis 7 ans dont la majorité sont classée en catégorie B. Les personnes les plus touchées par le chômage sont les femmes, les moins de 25 ans, les plus de 50 ans et les travailleurs handicapés.

- **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. Le poids des accidentés de travail continue de se réduire au profit de ceux dont le handicap a été reconnu par une Cotorep. Les embauches de travailleurs handicapés se sont accrues. Cependant sous l'effet notamment de l'importance des flux de départs à la retraite, le taux d'emploi des travailleurs handicapés est stationnaire, 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* 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 notés 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.
- ARVEILLER J.P. et BONNET C. L'insertion du malade mental : une place pour chacun à sa place ? », ERES, 1994, 172 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 (2^e 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.
- 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.
- 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.
- Faciliter l'insertion professionnelle des jeunes handicapés. In : Réadaptation n° 461, juin 1999, p. 9-41.

-
- FIGUEROA A. LAPERRIRE 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.
 - Guide de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, CREAHI - AQUITAINE, 1999, 274 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.
 - 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.
 - L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. Transparences, La Documentation Française, 1998, 115 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'intégration des personnes handicapées : quelques éléments de bilan. In : Revue française des Affaires sociales, n° 1, mars 1998, 207 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.
 - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Tableau de bord des CAT : synthèse nationale exercice 1995/1996. In : INFODAS, n° 65, mars 1999? 98 p.
 - MORIN B. La médecine du travail et l'aptitude au poste. . In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France. Desclée de Brouwer, 1998, p. 97-106.
 - RAMARE A. L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés dans les établissements assujettis à l'obligation d'emploi en 1995, Ministère de l'emploi et de la solidarité, DARES n° 17.1, avril 1997, 6 p.
 - Rapport du groupe de travail relatif à l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique. In : cahiers de l'éducation, du travail et de l'Habitat, n° 14, 1997, p. 45-50.
 - Rapport du groupe de travail sur l'insertion professionnelle des personnes handicapées mis en place dans le cadre du CNCPH. Conseil national consultatif des personnes handicapées, fév 1997, p. 10-15.
 - RAVAUD J-F. Handicap et emploi : la question des désavantages. In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France. Desclée de Brouwer, 1998, p. 107-128.

-
- Résultats d'une action menée auprès de 1086 jeunes handicapés en vue de faciliter leur insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail. CCAH-PSP, Janv. 1997, 126 p.
 - ROY-PAGES M. Le milieu ordinaire de travail. In : Psychiatrie française, n° 2.96, juin, 1996, p. 106-111.
 - SAINSAULIEU R. L'entreprise et l'insertion : un enjeu de société. In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France. Desclée de Brouwer, 1998, p. 449-fin.
 - SAINT-MARTIN Ph. Quelle insertion pour quel travail ? In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France. Desclée de Brouwer, 1998, p. 91-96.
 - TOULLEC C. et LE CLOITRE A. Réhabilitation professionnelle : rêve ou réalité. In : Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, n°2, 1993, p.27-32.
 - Travailleurs handicapés dans l'entreprise. In : Social Pratique, n°294 (suppl.), 10 fév. 1999, p.29-67.
 - Travailleurs handicapés et emploi. In : Social Pratique, n°294 (suppl.), 10 fév. 1999, p.10-28.
 - TREMINTIN J. Comment un CAT et une entreprise font des affaires ensemble. In : Lien Social, n° 479, 25 mars 1999, p.4-7.
 - UNAPEI : la nouvelle image de la personne handicapée mentale, in : Réadaptation, n° 456, janv. 1999, 48 p.
 - VEIL C. Le développement de la réadaptation professionnelle. In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France. Desclée de Brouwer, 1998, p. 349-366.
 - VELCHE D. Une spécificité française, le milieu de travail protégé ? In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France., Desclée de Brouwer, 1998, p. 211-246.
 - VILLE I. Les personnes handicapées et leurs représentations du travail. In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France. Desclée de Brouwer, 1998, p. 75-90.
 - ZRIBI G, CLERC G. L'avenir du travail protégé : centres d'aide par le travail et intégration. ENSP, 1998, 118 p.

ANNEXES

LISTE DES SIGLES UTILISES

AAH (Allocation Adulte Handicapé)
ACCRE (Aide aux chômeurs Créateurs ou Repreneurs d'Activité)
ACFP (Allocation compensatrice pour frais professionnels)
ACTP (Allocation compensatrice pour tierce personne)
ADAPEI (Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés)
ADIE (Association pour le Droit à l'initiative économique)
AES (Allocation d'Éducation Spéciale)
AFM (Association Française contre les Myopathies)
AFPA (Association pour la Formation Professionnelle des Adultes)
AFR (Allocation de formation reclassement)
AGEFIPH (Association nationale pour la Gestion du Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées)
AI (Association Intérimaire)
AMI (Association nationale de défense des Malades et des Invalides handicapés)
ANAH (Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat)
ANCE (Association Nationale des Communautés Éducatives)
ANPE (Agence nationale pour l'emploi)
ANPEA (Association Nationale des Parents d'Enfants Aveugles)
AP (Atelier protégé)
APAJH (Association pour Adultes et Jeunes Handicapés)
APEC (Association pour l'Emploi des Cadres)
APF (Association des Paralysés de France)
ARACT (Action Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail)
ARI (Association pour la Réadaptation et l'intégration)
ASSEDIC (Association pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce)
CAF (Caisse d'Allocations Familiales)
CAT (centre d'aide par le travail)
CCAH -PSP (Comité National de Coordination de l'Action en faveur des personnes handicapées - Promotion Sociale et Professionnelle)
CCAS (Centre Communal d'action Sociale)
CDD (Contrat à Durée Déterminée)
CDES (Commission Départementale de l'Éducation Spéciale)
CDTD (Centre de distribution de travail à domicile)
CDTH (Commission Départementale des travailleurs handicapés)
CFA (Centre de Formation des Apprentis)
CFHE (Conseil Français des personnes Handicapées pour les questions européennes)
CHSCT (Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail)
CTH (Conseiller technique spécialisé)

CISPH (centre d'information et de solutions pour personnes handicapées)
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)
DRTEFP (Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle)
DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales)
DDTE (Direction Départementale du Travail et de l'Emploi)
EFIPEH (Équipe pour la Formation, l'Insertion Professionnelle et l'emploi des handicapés)
EI (Entreprise d'insertion)
EREA (établissements 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 établissements des 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)
GIHP (Groupement pour l'insertion des handicapés Physiques)
GIRPEH (Groupements interprofessionnels régionaux pour la promotion de l'Emploi des Handicapés)
GIC (Grand Invalide Civil)
IEM (Institut d'Éducation Motrice)
IMC (Infirmes Moteurs Cérébraux)
IMPro (Institut Médico-Professionnel)
INJS (Institut National des jeunes Sourds)
LADAPT (Ligue pour l'adaptation du diminué physique au travail)
MOT (milieu ordinaire de travail)
MSA (Mutualité Sociale Agricole)
OHE (Opération Handicap Emploi)
OMS (Organisation Mondiale de la Santé)
OIP (Organisme d'insertion et de Placement)

ONAC (Office National des Anciens Combattants)
OPACIF (Organisme Paritaire de gestion du Congé Individuel Formation)
OPCA (Organisme Paritaire Collecte Agréé)
PAIO (Permanence Accueil Information Orientation)
PDITH (Programme Départemental d'insertion des Travailleurs Handicapés)
PROMOFAF (Fonds d'Assurances Formation Secteur sanitaire et social)
RMI (Revenu Minimum d'Insertion)
RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)
S.A.E. (Stage d'Accès en Entreprise)
SAVS (Service d'Accompagnement a la Vie Sociale)
SEGPA (Section d'Enseignement Général et Professionnelle adapté)
SMIC (Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance)
TC (Traumatisme crânien)
TRACE (Trajet d'Accès à l'Emploi)
UEROS (Unité d'Évaluation de Réentrainement et d'Orientation Sociale)
UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de malades mentaux)
UNAPEI (Union nationale des Associations de Parents d'enfants inadaptés)
UNEDIC (Union Nationale interprofessionnel pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce)

TEXTES LEGISLATIFS DE REFERENCE

⇒ **Loi n° 75-534 du 30.06.1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées**

⇒ **Loi n° 87-517 du 10.07.1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés**

AAH et carte invalidité

⇒ Code de la Famille et de l'Aide Sociale: art.125,173 et 174

⇒ Décret n°75- 1197 du 16 décembre 1975 relatif à l'AAH

⇒ Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé Publique et à l'aide sociale

Accessibilité

⇒ Loi n°91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public

Accident du travail maladie professionnelle invalidité .

⇒ Code sécurité sociale: art. L461 - 1, R.142-24- 2 et D.461 -26 et s

⇒ Code sécurité sociale: art. L341 - 1 et 15. art. R.313-5 et R.341 -22

Aide médicale

⇒ Code de la Famille et de l'Aide Sociale: art.187- 1 et suivants

⇒ Loi n°92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la Loi n°1088 du 1er décembre 1988 relative au RMI

⇒ Circulaires DIRMI/DAS/DSS n°93-01 du 20 janvier 1993 et n°93-07 du 9 mars 1993 relatives à la mise en œuvre de l'aide médicale

⇒ Décret n°93-648 du 26 mars 1993 relatif à l'aide médicale et à l'assurance personnelle

ANPE

⇒ Code du travail : art. L.317-7, art. R.311 -4- 13

⇒ Code du travail art L.311 -5. L.323- 10

Accompagnement Social Individualisé

⇒ Circulaire DS n°95- 17, CDE n° 95-25 du 5 mai 1995 (redéfinition du contenu et des modalités de la circulaire relative à l'appui social individualisé instauré par la Circulaire du 30 mars 1992)

CDES

⇒ Code Sécurité Sociale: art. L.541. art. R.541

⇒ Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social

⇒ Décret n°75-1198 du 16 décembre 1975 relatif à l'allocation d'éducation spéciale

Centres de Rééducation Professionnelle

⇒ Code du Travail : art. L.323- 11 et L.323-15 à 17; R.323-331, R.323-34 et s.

⇒ Lois n° 7&-754 du 17 juillet 1978 portant diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal

⇒ Décret n° 88-368 du 15 avril 1988 concernant les rémunérations versées aux stagiaires

⇒ Décret n°95-571 du 6 mai 1995 relatif aux Centres de Préorientation et aux Centres de Rééducation Professionnelle

Contrats aidés

⇒ Code du travail : art. L.115-1 à L. 119-5, L .322-4, L.980-1, L980-6 et s.. L.981-I à L.981-12, R. 116-1 à R.119-79R.980-1 à R.980-8, D.117-1 à D.117-4, D.980-2 à D.980-11

Contrat rééducation chez l'employeur

⇒ Code du Travail: art. L.323- 15

⇒ Code de la Sécurité sociale: art. L.444

COTOREP

⇒ Code du Travail : art. L.323- 11, L.323- 13 et D.323-3-15

⇒ 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.

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

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

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° 91-421 du 7 mai 1991 relatif aux entreprises d'insertion

⇒ Décret n° 92-331 du 30 mars 1992 relatif aux associations intermédiaires

⇒ Décret n° 93-247 du 22 février 1993 relatif aux entreprises d'intérim d'insertion

Logement

⇒ Loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement

Médecine du travail

⇒ Code du Travail : art. L.241-1 à 241 -11 et R.241 -1 à R.243- 15

⇒ Décret n° 88. 1198 du 28 décembre relatif à l'organisation et au fonctionnement de la médecine du travail

Missions locales et PAIO

⇒ Ordonnance n° 82-273 du 26 mars 1982 relative aux mesures destinées à assurer aux jeunes de 16 à 18 ans une qualification professionnelle et à faciliter leur insertion sociale

⇒ Loi n°89-905 du 19 décembre 1989 favorisant le retour à l'emploi et la lutte contre l'exclusion professionnelle

⇒ Loi n° 93- 1313 du 20 décembre 1993 relative au travail à l'emploi et à la formation professionnelle

Protection et aide juridique

⇒ Code civil :art.491 à 507

⇒ Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme des incapables majeurs

⇒ Loi n°91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique

RMI

⇒ Loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimal d'insertion

⇒ Décret n°88-111 du 12 décembre 1988 relatif à la détermination du RMI et à l'allocation du revenu minimal d'insertion et modifiant le Code de Sécurité Sociale

⇒ Loi n°92-722 du 9 juillet 1992 portant adaptation de la Loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au RMI et relative à la lutte contre l'exclusion sociale et professionnelle

⇒ Circulaire DIRMI n°93-04 du 27 mars 1993 relative à la mise en œuvre du RMI : dispositif d'insertion

Travail protégé

⇒ Code du travail : art. L.320-30 et s. R.323-60 et s. D.323-25 et s.

⇒ Code de la famille et de l'aide sociale: art.167 et 168

⇒ Décret n° 77- 1546 du 31 décembre 1977 relatif aux CAT

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les trois niveaux de la Classification Internationale des Handicaps selon l'OMS-----	13
Tableau 2 : Classification des déficiences physiques selon divers axes -----	14
Tableau 3 : Les catégories de déficience visuelle définies par l'OMS en tenant compte de l'acuité visuelle après correction-----	16
Tableau 4 : Classement des troubles de l'audition en fonction de divers axes -----	18
Tableau 5 : La déficience intellectuelle selon la classification internationale de l'OMS -----	19
Tableau 6 : Epidémiologie des personnes handicapées en France-----	21
Tableau 7 : les Cinq systèmes d'indemnisation du handicap en France -----	22
Tableau 8 : Les prestations sociales et financières de la COTOREP aux personnes handicapées-----	23
Tableau 9 : Évolution du cadre juridique et des représentations sociales des personnes handicapées -----	25
Tableau 10 : Dossiers examinés* par COTOREP-----	38
Tableau 11 : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé par les COTOREP en 1987, 1992 et 1995 (extrapolation sur 96 départements)-----	38
Tableau 12 : Décisions d'orientation prises par la COTOREP pour les travailleurs handicapés en 1987, 1992 et 1995-----	39
Tableau 13 : Les travailleurs handicapés en chiffres * -----	39
Tableau 14 : Pensions d'invalidité - Régime général-----	41
Tableau 15 : Rentes d'accidents de travail - Régime général -----	41
Tableau 16 : Pensions militaires d'invalidité -----	42
Tableau 17 : Le Conseil Régional, le Conseil Général, la DDTEFP, la DDASS -----	46
Tableau 18 : Calcul des unités supplémentaires selon les critères suivants -----	48
Tableau 19 : L'emploi direct par les entreprises -----	49
Tableau 20 : Caractéristiques de l'emploi direct - 1995 -----	49
Tableau 21 : Les autres modalités d'acquittement de l'obligation d'emploi -----	49
Tableau 22 : Le public bénéficiaire en 1995 et 1998* -----	50
Tableau 23 : Comment les établissements s'acquittent de l'obligation d'emploi de handicapés ? -----	50
Tableau 24 : Programme d'intervention ordinaire de l'AGEFIPH-----	53
Tableau 25 : Les deux sections spécifiques de certains CRP-----	66
Tableau 26 : Adultes handicapés en établissements de rééducation professionnelle au 1 ^{er} janv. 1996-----	69
Tableau 27 : Le dispositif de droit commun en formation-----	72
Tableau 28 : La GRTH en milieu protégé -----	83
Tableau 29 : Les mesures favorisant la sortie ou l'évitement du milieu protégé-----	83
Tableau 30 : L'emploi en milieu protégé -----	84
Tableau 31 : Adultes handicapés en établissements de travail protégé au 1 ^{er} janvier 1996-----	84
Tableau 32 : Les associations intermédiaires (AI), les entreprises d'insertion (EI), les entreprises de travail temporaire d'insertion (ETTI) -----	85
Tableau 33 : Les différents types de contrats « aidés » de droit commun-----	87
Tableau 34 : La G.R.T.H. en milieu ordinaire-----	90
Tableau 35 : Les mesures de maintien dans l'emploi-----	92
Tableau 36 : Les contrats « aidés » -----	93
Tableau 37 : L'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique en 1995-----	93
Tableau 38 : Population handicapée inscrite à l'ANPE au 31 juillet 1997-----	93

QUELQUES DÉFINITIONS

- **Aides techniques** : Produits destinés à compenser un handicap moteur ou sensoriel. 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. La Banque de données *Handynet* permet la connaissance des aides techniques disponibles en Europe.
- **Citoyenneté** : capacité d'un individu à accéder à l'ensemble des activités habituelles des membres d'une société.
- **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.
- **Insertion / intégration** : maître-mot de toutes les politiques sociales, l'intégration des personnes handicapées est l'axe centrale du discours politique, des textes réglementaires et des rapports officiels.
 - * *L'insertion* concerne le mélange d'une population handicapée avec une autre, plus nombreuse, qui ne l'est pas, les deux populations restants 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.
- **Multihandicap ou plurihandicap** : associe de façon circonstancielle deux handicaps : surdité-c civit , handicap moteur et sensoriel, d fici nce mentale et sensorielle.
- **Politiques du handicap** : « Actions d lib r es mises en oeuvre par les pouvoirs publics ou par d'autres acteurs, notamment pour assurer aux handicapés la solidarité nationale ou l'égalité individuelle ».
- **Polyhandicap** : Il s'agit de handicaps graves à expression multiple, associant d fici nce motrice et d fici nce intellectuelle sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.
- **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.
- **Stigmatisation** : Robert « stigmaté = marque au fer rouge, punition corporelle (sous l'Ancien Régime)   un signe laid ou honteux ».
- **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 ».

²⁵ Guide N ret pour les handicapés, 10  édition

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERNHE T. Psychiatrie et handicap, Masson, 1997, 219 p.
- Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1998. Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1999, 465 p.
- Bibliographie historique sur le thème du handicap. Afpa, janv. 1999, p. 30-43.
- DEMONET R. et MOREAU de BELLAING L. Déconstruire le handicap - Citoyenneté et Folie, CTNERHI, Flash information handicap n° hors série, avr.2000, 303 p.
- Déplacements des personnes handicapées. Décret n° 78-1167 du 9 décembre 1978. J. O. du 16 décembre 1978. Suivi de : Annexe I ; Dispositions techniques applicables. ANCE - Documentation Technique, 1979, 6 p.
- GARDOU C. Connaître le handicap, reconnaître la personne, Erès, 1999, 252 p.
- HERMANGE C. et TRIOMPHE A. Personnes handicapées : Droits et Démarches. CTNERHI, 1996, 298 p.
- Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. J.O. du 1er juillet 1975. Rect. J.O. du 21 août 1975. Dictionnaire Permanent de l'Action Sociale. Mises à jour, 1997, p. 1224-1432.
- Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés. Journal Officiel du 12 juillet 1987. A.P.F. - Inter, juin 1988, p. 18-33.
- ORSRA. La Conférence régionale de santé 1998. Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes, sept. 1998, 8 p.
- Question ...écrite n° 20770 du 27 février 1997. Diffusion : J.O.Q.S. n°15 du 10 avril 1997. ANCE - Documentation Technique, 1997, 2 p.
- Question ...écrite n° 2673 du 11 septembre 1997. Diffusion : J.O.Q.S. n° 41 du 30 octobre 1997. ANCE - Documentation Technique, 1997, 2 p.
- Question ...écrite n° 5878 du 10 novembre 1997. Diffusion : J.O.Q.E.A.N. n° 20 du 18 mai 1998. ANCE - Documentation Technique, 1998, 2 p.
- Question ...écrite n° 5889 du 10 novembre 1997. Diffusion : J.O.Q.E.A.N. n° 12 du 23 mars 1998. ANCE - Documentation Technique, 1998, 2 p.
- ROELANDT J.L. Exclus mentaux, exclus sociaux, précarité et SDF et santé mentale. In : Synapse, n° 127, juin 1996, p. 38-45.
- TRIOMPHE A. Les personnes handicapées en France, données sociales 1995. CTNERHI, 1995, 303 p.
- ZRIBI G. et POUPEE-FONTAINE D. Dictionnaire du handicap, ENSP, 1996, 276p.