



HAL
open science

La politique d'emploi des personnes handicapées Genèse et mise en œuvre d'une politique ordinaire (le cas de la Gironde)

Laure Gayraud

► **To cite this version:**

Laure Gayraud. La politique d'emploi des personnes handicapées Genèse et mise en œuvre d'une politique ordinaire (le cas de la Gironde). Science politique. Université Victor Segalen - Bordeaux II, 2006. Français. NNT: . tel-00184150

HAL Id: tel-00184150

<https://theses.hal.science/tel-00184150>

Submitted on 30 Oct 2007

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Victor Segalen – Bordeaux 2

Année **2006**

Thèse n°1333

THESE

Pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITE BORDEAUX 2

Mention : Sciences de l'Education

Présentée et soutenue publiquement

Le : **29 Septembre 2006**

Par : **GAYRAUD Laure**

Née le 21 juillet 1961

Titre de la thèse

**LA POLITIQUE D'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES
GÉNÈSE ET MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE ORDINAIRE**

(Le cas de la Gironde)

Tome 1

Membres du jury

Alain BLANC Professeur de Sociologie, UFR Sciences de l'Homme et de la Société, Université Pierre Mendès France

Rapporteur

Claude SORBETS – Directeur de recherche CNRS section 40, CERVL Pouvoir, Action publique, territoire, UMR 5116

Rapporteur
Président

Christophe GUITTON, Chef de département : département professions et marché du travail, CEREQ

Joël ZAFFRAN, Directeur du directeur du Centre de formation en sciences sociales appliquées, Département de Sociologie, Faculté des Sciences de l'Homme, Université Victor Segalen - Bordeaux 2

Alain JEANNEL, Professeur émérite, Université Victor Ségalen – Bordeaux 2

Directeur de thèse

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE.....	14
PROBLEMATIQUE GENERALE	32
LA POLITIQUE D'EMPLOI A DESTINATION DES PERSONNES HANDICAPEES	33
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	38
APPROCHE ADOPTEE.....	40
METHODOLOGIE	47
PLAN DE THESE.....	49
UN TRAVAIL AUX MARGES DES SCIENCES DE L'EDUCATION ?.....	49

PREMIERE PARTIE

Genèse de la politique d'emploi à destination des personnes handicapées

INTRODUCTION.....	53
1 DU COTE DES BONS ET DES MAUVAIS PAUVRES	58
1.1. LES PREMIERES SOURCES D'INFLUENCE	58
1.1.1. <i>Le monde judaïque</i>	59
1.1.2. <i>La rupture chrétienne</i>	59
1.2. LE MOYEN ÂGE, LA STRUCTURATION DE CHARITE.....	60
1.2.1. <i>Charité et assistance pour les bons pauvres</i>	61
1.2.2. <i>La répression pour les autres</i>	63
1.2.3. <i>Des conceptions de l'infirmité opposées</i>	64
1.2.4. <i>Entre morale et nature, les premiers apports de la médecine</i>	66
1.3. L'ORDRE ET LE DESORDRE.....	67
1.3.1. <i>Le grand renfermement</i>	67
1.3.2. <i>Dissocier le bon grain de l'ivraie</i>	69

1.4.	QUAND LE TRAVAIL DEVIENT UNE NOUVELLE RICHESSE SOCIALE.....	70
1.4.1.	<i>Le secours par le travail pour les pauvres valides.....</i>	71
1.4.2.	<i>L'assistance pour les inaptes au travail.....</i>	72
1.4.3.	<i>Le devoir de travailler comme condition de réalisation du contrat social</i>	72
1.4.4.	<i>Une nouvelle place pour les infirmes ?.....</i>	73
1.5.	L'APPARITION D'UNE NOUVELLE FORME D'INDIGENCE ET LA FORMULATION DE LA QUESTION SOCIALE.....	75
1.5.1.	<i>Les débuts du paupérisme et le développement de la prévoyance privée.....</i>	76
1.5.2.	<i>L'échec de l'élaboration d'un droit au travail.....</i>	77
1.6.	SOCIETE ET SANTE : LE ROLE DE LA MEDECINE DANS LE CONTROLE SOCIAL	78
1.6.1.	<i>La montée du pouvoir médical.....</i>	78
1.6.2.	<i>Guérir en travaillant ou l'édification d'une médecine inscrite dans l'ordre socio-économique</i>	81
1.7.	LES DEBUTS DE L'ÉTAT SOCIAL ET LES PREMIERS ELEMENTS CONSTITUTIFS DU CHAMP DU HANDICAP..	87
1.7.1.	<i>La loi sur les accidents du travail : l'affirmation d'un droit social.....</i>	88
1.7.2.	<i>L'assistance publique pour les autres.....</i>	91
2.	LA MONTEE EN PUISSANCE DE LA PROBLEMATIQUE DE L'INSERTION DES INFIRMES.....	93
2.1.	LA GUERRE DE 1914-1918 ET LE PHENOMENE DE MASSIFICATION DE L'INFIRMITÉ	93
2.1.1.	<i>L'essor de la rééducation et la réadaptation professionnelle.....</i>	94
2.1.2.	<i>L'obligation d'emploi et la mise en débat de la question du quota</i>	97
2.2.	LE ROLE MAJEUR DES ASSOCIATIONS PENDANT L'ENTRE-DEUX-GUERRES DANS LA STRUCTURATION DU CHAMP DU HANDICAP.....	101
2.2.1.	<i>Le développement de l'initiative privée</i>	101
2.2.2.	<i>Guérir par le travail sans mettre en péril l'équilibre économique</i>	104
2.2.3.	<i>Enquête sur une innovation construite à partir d'une utopie.....</i>	105
2.3.	L'INSCRIPTION DU HANDICAP DANS LA MISE EN PLACE DE LA SECURITE SOCIALE	109
2.3.1.	<i>La recherche d'un modèle de protection sociale pour les salariés.....</i>	110
2.3.2.	<i>L'assistance pour les autres infirmes.....</i>	112
2.4.	LA PRISE EN COMPTE DE L'INFIRMITÉ ET L'ESSOR DE LA REEDUCATION PROFESSIONNELLE	112
2.4.1.	<i>Le reclassement professionnel des salariés</i>	113
2.4.2.	<i>La mobilisation désordonnée du secteur associatif dans la promotion de l'insertion professionnelle des infirmes.....</i>	114

2.5.	CROISSANCE ECONOMIQUE ET ORGANISATION DU RECLASSEMENT PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS HANDICAPES	115
2.5.1.	<i>La loi du 23 novembre 1957 : la création de la catégorie « travailleur handicapé »</i>	116
2.5.2.	<i>Un dispositif spécial pour reconnaître la qualité de travailleur handicapé et gérer leur orientation</i>	117
2.5.3.	<i>Un dispositif d'insertion professionnelle qui distingue milieu protégé et milieu ordinaire</i>	117
2.5.4.	<i>La réaffirmation du quota comme outil favorisant l'insertion</i>	119
3.	L'UNIFICATION DU CHAMP DU HANDICAP	121
3.1.	LE RAPPORT BLOCH-LAINE : LA GENESE D'UNE CONCEPTION HOMOGENE DES INTERVENTIONS PUBLIQUES EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES	121
3.1.1.	<i>De l'unification des publics à la notion de solidarité nationale</i>	122
3.1.2.	<i>La mise en évidence de la complexité et de la difficulté à évaluer l'inadaptation</i>	124
3.1.3.	<i>L'identification des principaux problèmes et services à assurer</i>	126
3.1.4.	<i>Rechercher une organisation pouvant apporter une réponse globale</i>	128
3.2.	BLOCH-LAINE EST-IL UN MEDiateur ?	130
3.2.1.	<i>La mise en évidence des référentiels du secteur privé</i>	131
3.2.2.	<i>L'identification des tensions entre secteurs de l'action publique et l'élaboration de propositions.</i>	133
3.2.3.	<i>La reformulation des questions</i>	133
3.2.4.	<i>Un rapport inscrit dans la recherche d'un nouveau modèle d'action sociale</i>	135
3.3.	LA LOI D'ORIENTATION DU 30 JUIN 1975 EN FAVEUR DES HANDICAPES.	137
3.3.1.	<i>Deux lois complémentaires pour assurer une réponse globale</i>	137
3.3.2.	<i>La loi d'orientation en faveur des handicapés</i>	140
3.3.3.	<i>Deux commissions pour traiter les besoins des personnes handicapées jeunes et adultes</i>	142
3.3.4.	<i>Les aides à l'environnement social</i>	144
3.4.	L'EMPLOI : UN ACCES SOUMIS A CONDITIONS	145
3.4.1.	<i>La reconnaissance travailleur handicapé (RQTH)</i>	146
3.4.2.	<i>L'orientation professionnelle</i>	146
3.4.3.	<i>Une offre de formation spécialisée</i>	147
3.4.4.	<i>La confirmation du modèle théorique de la transition professionnelle</i>	150
3.4.5.	<i>Une loi qui introduit un changement de référentiel global ?</i>	153

3.5.	UNE LOI GLOBALE QUI MAINTIENT LES INEGALITES DE TRAITEMENT ENTRE PERSONNES HANDICAPEES	154
3.5.1.	<i>L'assurance accident du travail et maladie professionnelle</i>	156
3.5.2.	<i>L'assurance invalidité : l'indemnisation du risque non professionnel</i>	160
3.5.3.	<i>La garantie de ressource des travailleurs handicapés (GRTH)</i>	162
3.5.4.	<i>L'allocation compensatrice pour frais professionnels</i>	166
3.5.5.	<i>L'allocation adulte handicapé (AAH) : le minima social des personnes handicapées</i>	166
3.5.6.	<i>Des indemnisations qui restent inégales selon l'origine du handicap</i>	168
4.	L'INVERSION DES REPRESENTATIONS SUR LE PROCESSUS HANDICAPANT ET SON INCIDENCE SUR L'ORIENTATION DES POLITIQUES PUBLIQUES	170
4.1.	HANDICAP, UN TERME COMPLEXE EN QUETE DE DEFINITION	170
4.1.1.	<i>Handicap : un terme générique à la définition « molle »</i>	171
4.1.2.	<i>Handicap : un terme opératoire pour élaborer des politiques publiques</i>	173
4.1.3.	<i>... Mais peu opérant pour les mettre en œuvre</i>	174
4.2.	LA CONCEPTUALISATION DU PROCESSUS DE HANDICAP	175
4.2.1.	<i>La prédominance historique du modèle biomédical</i>	175
4.2.2.	<i>Les apports de la sociologie Nord américaine</i>	176
4.2.3.	<i>La Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps de l'OMS</i>	178
4.3.	REPENSER LE HANDICAP : DU MODELE MEDICAL A CELUI DE LA RECONNAISSANCE DES DROITS ..	182
4.3.1.	<i>Le rôle des associations dans la défense d'une définition politique du handicap</i>	182
4.3.2.	<i>Le modèle social : un nouveau cadre pour penser le handicap</i>	183
4.4.	TRANSFORMATION DES MODELES CONCEPTUELS ET RESISTANCE DES MILIEUX SCIENTIFIQUES....	186
4.4.1.	<i>La résistance des milieux scientifiques français</i>	187
4.4.2.	<i>La politique québécoise : les bases de l'impulsion internationale</i>	189
4.4.3.	<i>Le changement de paradigme des milieux scientifiques français</i>	193
4.4.4.	<i>La CIF : la tentative de faire coexister les deux modèles</i>	195
4.5.	L'INCIDENCE DE L'INVERSION DES REPRESENTATIONS DU PROCESSUS HANDICAPANT SUR L'ORIENTATION DES POLITIQUES PUBLIQUES	201
4.5.1.	<i>Niveau international : le rôle majeur des Nations Unies et de l'OIT</i>	202
4.5.2.	<i>Le changement de paradigme des années 1980 : du modèle médical à celui de la pleine participation</i>	204
4.5.3.	<i>Niveau européen : une réitération des normes internationales</i>	210

4.6.	QUELS REFERENTIELS POUR L'ACTION PUBLIQUE ?	216
4.6.1.	<i>Des valeurs partagées au niveau supranational et national</i>	217
4.6.2.	<i>Des normes également partagées</i>	218
4.6.3.	<i>Des algorithmes différents selon les pays</i>	218
4.6.4.	<i>Des images homogènes</i>	221
4.7.	LA MISE EN CONFORMITE DE LA FRANCE AVEC LES VALEURS ET LES NORMES INTERNATIONALES : LA REFORME DE LA LOI DE 1975	222
4.7.1.	<i>Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées</i>	222
4.7.2.	<i>La formation et l'insertion professionnelle: l'affirmation du principe de non-discrimination</i>	2223
5.	INTERLUDE METHODOLOGIQUE	226
5.1.	UNE POPULATION DIFFICILEMENT COMPTABILISABLE.....	226
5.1.1.	<i>Un système d'information éclaté</i>	227
5.1.2.	<i>...Reposant sur des approches du handicap différentes</i>	229
5.1.3.	<i>... Qui génère des données parcellaires et des recoupements difficiles</i>	229
5.2.	L'ENQUETE HANDICAPS-INCAPACITES-DEPENDANCE (HID) DE 1998-1999	234
5.2.1.	<i>Des évolutions démographiques qui nécessitent des données de cadrage</i>	235
5.2.2.	<i>Les objectifs de l'enquête</i>	236
5.2.3.	<i>Une approche méthodologique basée sur la CIH</i>	238
5.2.4.	<i>Les limites de l'enquête HID</i>	239
5.2.5.	<i>Les principaux résultats de l'enquête</i>	240
6.	CONCLUSION	- 244 -

DEUXIEME PARTIE

La mise en œuvre d'une politique ordinaire

INTRODUCTION		248
1. LES ORIENTATIONS PRIORITAIRES DES POLITIQUES DE L'EMPLOI		251
1.1. ANNEES DES CROISSANCE ET MISE EN PLACE DU SERVICE PUBLIC DE L'EMPLOI.....		252
1.1.1. <i>Gérer la pénurie de main d'œuvre et limiter les effets sociaux du chômage</i>		252
1.1.2. <i>Accompagner la reconversion de l'appareil de production</i>		254
1.2. CRISE ECONOMIQUE ET PREMIERES INFLEXIONS DE LA POLITIQUE DE L'EMPLOI.....		256
1.2.1. <i>1970 – 1980 : Le chômage est le résultat d'un solde entre population active et l'emploi...</i> ...		257
1.2.2. <i>... et de l'inadéquation des qualifications des actifs et celles requises sur le marché du travail</i>		259
1.3. QUAND LES POLITIQUES DE L'EMPLOI BASCULENT DANS LES POLITIQUES SOCIALES.....		260
1.3.1. <i>La prise en compte de la situation particulière des chômeurs de longue durée</i>		261
1.3.2. <i>La recomposition de l'action publique : faire mieux que l'État central depuis les territoires</i>		264
1.4. TRAITEMENT DU CHOMAGE DE MASSE ET INDIVIDUALISATION DES PARCOURS D'INSERTION		268
1.4.1. <i>Traitement quantitatif du chômage de longue durée et individualisation des parcours d'insertion</i>		269
1.4.2. <i>La prise en compte des travailleurs handicapés dans le traitement du chômage de longue durée</i> .		271
1.5. LA GENERALISATION DES POLITIQUES D'INSERTION		273
1.5.1. <i>L'apparition du chômage d'exclusion</i>		275
1.5.2. <i>La révolution silencieuse des politiques de l'emploi</i>		276

2.	L'INFLUENCE DES POLITIQUES D'ASSISTANCE ET DE READAPTATION SUR LES POLITIQUES D'INSERTION.....	278
2.1.	L'EMPRUNT IMPLICITE DU MODELE DE LA TRANSITION PROFESSIONNELLE DANS LA CONSTITUTION DES POLITIQUES D'INSERTION.....	278
2.1.1.	<i>Transfert du modèle de la transition pour les handicapés sociaux.....</i>	<i>281</i>
2.1.2.	<i>Extension de cette logique aux chômeurs jeunes puis de longue durée.....</i>	<i>283</i>
2.2.	L'ECHEC DU MODELE DE LA TRANSITION	289
2.2.1.	<i>Les conditions de la transition pour les personnes handicapées.....</i>	<i>289</i>
2.2.2.	<i>Les conditions de la transition pour les chômeurs de longue durée.....</i>	<i>293</i>
2.2.3.	<i>Le souhait affiché d'un continuum d'insertion qui s'avère peu opérant pour les travailleurs handicapés et les chômeurs de longue durée.....</i>	<i>298</i>
3.	LA RENOVATION DE LA POLITIQUE SPECIFIQUE EN FAVEUR DE L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES	307
3.1.	LA LOI DU 10 JUILLET 1987 – LE CADRE LEGAL DE LA POLITIQUE D'EMPLOI SPECIFIQUE EN DIRECTION DES PERSONNES HANDICAPEES	307
3.1.1.	<i>Une loi pour tous.....</i>	<i>308</i>
3.1.2.	<i>Obligation d'emploi – une nouvelle génération de quota.....</i>	<i>310</i>
3.1.3.	<i>L'AGEFIPH : l'externalisation de la gestion de l'insertion professionnelle des personnes handicapées.....</i>	<i>314</i>
3.1.4.	<i>Le cas de la fonction publique.....</i>	<i>316</i>
3.1.5.	<i>Les changements introduits par la loi du 11 février 2005.....</i>	<i>317</i>
3.2.	UNE POLITIQUE EN CONFORMITE AVEC LES NORMES EUROPEENNES.....	320
3.2.1.	<i>Le rôle sommet du Luxembourg.....</i>	<i>320</i>
3.2.2.	<i>Le traité d'Amsterdam et le nouveau Titre sur l'emploi.....</i>	<i>321</i>
3.2.3.	<i>La stratégie européenne pour l'emploi.....</i>	<i>323</i>
3.2.4.	<i>L'objectif d'égalisation des chances des travailleurs handicapés dans les PNAE français</i>	<i>327</i>
3.3.	QUI REPOSE SUR UNE ORGANISATION INSTITUTIONNELLE RESTRUCTUREE.....	330
3.3.1.	<i>Niveau national : la définition des grandes orientations.....</i>	<i>331</i>
3.3.2.	<i>L'AGEFIPH : assurer l'élaboration de la politique d'emploi spécifique.....</i>	<i>338</i>
3.3.3.	<i>Les échelons infranationaux : la coordination et la mise en œuvre.....</i>	<i>340</i>
3.3.4.	<i>L'investissement du secteur associatif.....</i>	<i>341</i>

4.	L'EVOLUTION DE LA POLITIQUE SPECIFIQUE DE L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES.....	343
4.1.	AMELIORER L'ACCUEIL ET L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES : LA MISE EN QUESTION DES PRATIQUES DES COTOREP.....	343
4.1.1.	<i>Une organisation et un fonctionnement qui génèrent des inégalités.....</i>	344
4.1.2.	<i>Etre reconnu travailleur handicapé : une possibilité variable selon les départements</i>	349
4.2.	AMELIORER L'ACCES A LA FORMATION PROFESSIONNELLE.....	356
4.2.1.	<i>La mise en cause des pratiques d'orientation professionnelle des COTOREP.....</i>	357
4.2.2.	<i>Jeunes ou adultes : une offre de formation sous-dimensionnée</i>	359
4.2.3.	<i>Diversifier l'offre de formation : utiliser les ressources du droit commun.....</i>	363
4.3.	AMELIORER L'INSERTION PROFESSIONNELLE	371
4.3.1.	<i>L'accord État-AGEFIPH de 1994 relatif à la mise en place des EPSR : compléter la couverture territoriale des organismes spécialisés dans le placement des personnes handicapées</i>	371
4.3.2.	<i>Les EPSR et OIP : le renforcement de " l'externalisation" du placement des personnes handicapées</i>	373
4.3.3.	<i>Le recadrage des missions des organismes spécialisés dans l'insertion des demandeurs d'emploi handicapés par l'État</i>	374
4.3.4.	<i>Améliorer la lisibilité des structures de placement : la mise en place du label Cap Emploi par l'AGEFIPH.....</i>	380
4.4.	RENFORCER L'ARTICULATION ENTRE POLITIQUE DE L'EMPLOI SPECIFIQUE ET DE DROIT COMMUN.....	382
4.4.1.	<i>Renforcer les relations entre l'ANPE et le réseau Cap Emploi 2000</i>	383
4.4.2.	<i>Favoriser l'accès aux droits fondamentaux pour les personnes handicapées : la convention d'objectifs 1999-2003 ÉTAT-AGEFIPH et le Programme exceptionnel 1999-2001</i>	385
4.5.	L'INNOVATION AU SERVICE DE L'AMELIORATION DU TAUX D'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES	390
4.5.1.	<i>Les aides en direction des entreprises :</i>	391
4.5.2.	<i>Les aides en direction des personnes handicapées</i>	392
4.5.3.	<i>Le réseau des Cap emploi.....</i>	392
4.6.	POUR QUELS RESULTATS ?.....	394
4.6.1.	<i>Les travailleurs handicapés à la recherche d'un emploi</i>	394
4.6.2.	<i>Des salariés par tout à fait comme les autres</i>	403
4.6.3.	<i>Des caractéristiques propres qui les différencient des autres salariés</i>	408
4.6.4.	<i>Des constats identiques pour ceux employés dans la fonction publique.....</i>	414
4.6.5.	<i>Une stagnation du quota autour de 4 %</i>	417

5.	LA MISE EN ŒUVRE LOCALISÉE DE LA POLITIQUE D'INSERTION DES PERSONNES HANDICAPÉES EN MILIEU ORDINAIRE DE PRODUCTION : L'EXEMPLE DU PDITH DE LA GIRONDE	420
5.1.	LES PDITH HERITENT D'UN ENVIRONNEMENT MARQUÉ PAR UNE ORGANISATION DÉPARTEMENTALE	420
5.1.1.	<i>Le corps médical : des logiques différentes</i>	422
5.1.2.	<i>Une diversité de services d'orientation et de placement.....</i>	425
5.1.3.	<i>Les organismes de formation.....</i>	426
5.1.4.	<i>Les organismes ayant en charge l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés</i>	427
5.1.5.	<i>Les représentants des milieux économiques et des salariés.....</i>	429
5.1.6.	<i>Autres organismes ayant mission de service public.....</i>	430
5.2.	LA CRÉATION DES PDITH : LES CONTOURS FLOUS D'UNE CONSTITUTION.....	432
5.2.1.	<i>Des initiatives différentes à l'origine des premiers PDITH.....</i>	432
5.2.2.	<i>La création du PDITH girondin : un PDITH « fusionnel »</i>	434
5.2.3.	<i>Le bilan des PDITH expérimentaux.....</i>	438
5.3.	QUAND LE NIVEAU NATIONAL DÉCIDE, LE PARTENARIAT LOCAL VACILLE	440
5.3.1.	<i>Les effets locaux de la réorganisation de la chaîne d'insertion par le niveau national.....</i>	440
5.3.2.	<i>Une réorganisation qui laisse de nombreuses questions en suspens</i>	444
5.3.3.	<i>Un PDITH en quête de sens.....</i>	446
5.3.4.	<i>Les politiques européennes : l'occasion pour l'État de « reprendre la main » sur les PDITH.....</i>	447
5.4.	LE NIVEAU REGIONAL TEMPORISE.....	450
5.4.1.	<i>La DRTEFP : une légitimité reconnue mais de faibles moyens financiers</i>	451
5.4.2.	<i>Relations AGEFIPH-DRTEFP : de la crispation à la détente.....</i>	452
5.4.3.	<i>Les relations DRTEFP-DDTEFP : le strict respect des compétences</i>	452
5.5.	(ET) LE PDITH GIRONDIN SE RESTRUCTURE	453
5.5.1.	<i>Qui pilote le PDITH depuis 1998 ?.....</i>	454
5.5.2.	<i>La coordination : élément de blocage ou moteur pour l'innovation ?.....</i>	458
5.5.3.	<i>Les opérateurs de terrain : comment rendre les travailleurs handicapés désirable ?.....</i>	459
5.5.4.	<i>Une mise en œuvre qui reste dépendante des grandes orientations nationales</i>	463
5.6.	LA POLITIQUE D'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES VUES DEPUIS LES ACTEURS DE TERRAIN	468
5.6.1.	<i>Une politique marquée par le désengagement de l'État... ..</i>	468
5.6.2.	<i>... Et une perte de la logique de service public.....</i>	470
5.6.3.	<i>Au niveau local : l'amélioration de la gestion des parcours d'insertion pour un public qui reste défavorisé sur le marché du travail</i>	472

5.7.	QUE RESTE-T-IL DES HYPOTHESES ?	474
5.7.1.	<i>Quel partenaire infléchi le plus au niveau local la mise en œuvre de la politique d'emploi à destination des personnes handicapées ?</i>	476
5.7.2.	<i>Comment l'État parvient-il garder la mainmise dans des dispositifs territorialisés et s'assurer de la cohérence et de la continuité de son action ?</i>	477
5.7.3.	<i>Les partenaires ont-ils appris les uns des autres ?</i>	479
6.	CONCLUSION	481
	CONCLUSION GENERALE	485
	BIBLIOGRAPHIE	491
	ANNEXES	508
ANNEXE 1	GUIDES D'ENTRETIENS ET LISTE DES ENTRETIENS REALISES	509
ANNEXE 2	INSERTION : UN TERME FLOU POUR DESIGNER UNE PRIORITE DE L'ACTION PUBLIQUE	513
ANNEXE 3	L'HYBRIDATION DES POLITIQUES DE L'EMPLOI AVEC LES POLITIQUES SOCIALES	521
ANNEXE 4	ORGANISATION INSTITUTIONNELLE DU HANDICAP EN FRANCE.....	529
ANNEXE 5	LE BUDGET DU HANDICAP EN FRANCE.....	543
ANNEXE 6	MESURES REGLEMENTAIRES EUROPEENNES POUR L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES	552
ANNEXE 7	MESURES AGEFIPH	558
ANNEXE 8	CHRONOLOGIE DE L'INTERVENTION SUR LE MARCHE DU TRAVAIL ET DE L'INDEMNISATION	567
ANNEXE 9	CHRONOLOGIE DES LOIS « SUR » LE HANDICAP.....	571
ANNEXE 10	ORGANISATION DES CDES ET COTOREP	585
ANNEXE 11	NOTE D'ORIENTATION DGEFP N° 99/33 DU 26 AOUT 1999 RELATIVE AUX PDITH	606

EPILOGUE

GLOSSAIRE

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

AFPA : Association pour la Formation Professionnelle des Adultes

AGEFIPH : Association pour la Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées

ALE : Agence Locale pour l'Emploi

ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi

AP : Atelier Protégé

APEC : Association Pour l'Emploi des Cadres

ASSEDIC : Associations pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce

CAT : Centre d'Aide par le Travail

CDES : Commission Départementale d'Education Spéciale

CDOI : Commission Départementale d'Orientation des Infirmes

CEC : Contrat Emploi Consolidé

CES : Contrat Emploi Solidarité

CIF : Classification Internationale de Fonctionnement, du handicap et de la santé

CIH : Classification Internationale des Handicaps

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNCPH : Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées

COI : Commission d'Orientation des Infirmes

COTOREP : Commission Technique pour l'Orientation et le Reclassement Professionnel

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Sociale

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CRP : Centre de Rééducation Professionnelle

CSP : Catégorie Socio Professionnelle

CTNERHI : Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations

DARES : Direction de l'Animation, de la Recherche, des Etudes et des Statistiques

DDTEFP : Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

DEFM : Demande d'Emploi en Fin de Moi

DGEFP : Direction Générale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

DOETH : Déclaration Obligatoire d'Emploi des Travailleurs Handicapés

DRANPE : Direction Régionale de l'ANPE

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DRTEFP : Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

EIRO : Observatoire européen des relations industrielles

EPSR : Equipe de Préparation et de Suite au Reclassement

ES : Établissements Spécialisés

FAGERH : Fédération des Associations Gestionnaires et des Etablissements de Réadaptation pour Handicapés

FAP : Famille professionnelle

FNBPC : Fédération Nationale des Blessés du Poumon et Chirurgicaux

FNE: Fonds national de l'Emploi

FSE : Fonds Social Européen

GRTH : Garantie de Ressource des travailleurs handicapés

HID : (enquête) Handicap, Incapacité, Dépendance

IMPRO: Insitut Médico Professionnel

INSEE: Institut National de la Statistique, et des Études Économiques

L'ADAPT : Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OIP : Organismes d'Insertion et de Reclassement

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMPH : Organisation Mondiale des Personnes Handicapées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONAC : Office National des Anciens Combattants

ONF : Office National des Forêts

ONI : Office National de l'Immigration

OPHQ : Office des Personnes Handicapées du Québec

PAP-ND : Programme d'Action Personnalisé pour un Nouveau Départ

PDITH : Plan Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés

PNAE : Plan National d'Action pour l'Emploi

PPH : Processus de Production du Handicap

RIPPH : Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

SIVP : Stage d'Initiation à la Vie Pratique

SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti

SPE : Service Public de l'Emploi

TUC : Travaux d'Utilité Collective

UNAPEI : Union Nationale de Parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis

UNEDIC : Union Nationale Interprofessionnelle Pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce

INTRODUCTION GÉNÉRALE

INTRODUCTION GENERALE

Les économies occidentales ont connu depuis le milieu années 1970 de profondes mutations (mondialisation de l'économie, évolutions technologiques, augmentation des emplois précaires et travail rémunéré des femmes) qui se sont traduites par le constat de la crise du modèle de régulation socio-économique qui reposait, depuis le début du XX^e siècle, sur une relation d'emploi standard dans sa forme idéal-typique à temps plein et à durée indéterminée. Cette représentation¹ dominante de l'emploi, adossée à une conception linéaire et homogène d'une vie de travail qui commence à la sortie de l'école et se déroule sans interruption jusqu'à l'âge de la retraite, ne correspond plus à la situation concrète d'un grand nombre d'actifs. Au contraire, ce modèle contribue à diviser le monde du travail entre d'un côté les « insiders », titulaires d'un emploi sûr ouvrant l'accès à la protection sociale, et d'un autre côté des « outsiders » de plus en plus nombreux, victimes de l'inexorable flexibilisation du travail, dont l'emploi, souvent précaire et mal rémunéré, n'offre pas de possibilité d'adaptation aux changements et se trouvent donc particulièrement exposés aux aléas économiques². En réponse aux effets du dérèglement du fonctionnement du marché du travail et ne pouvant influencer sur les déterminants fondamentaux de l'emploi, les pouvoirs publics ont tenté d'aménager l'accès ou le retour à l'emploi pour ces actifs par la recherche de formes alternatives au modèle d'emploi classique (à temps plein

¹ La définition qui est retenue ici est celle proposée par C. Jodelet (*Les représentations sociales*, Paris, PUF, Col. Sociologie d'aujourd'hui, 1991) selon laquelle une représentation sociale est une « forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ». La notion de représentation est hétérogène et polysémique, caractéristique d'autant plus complexe qu'elle se situe au carrefour de plusieurs disciplines, soit la sociologie, la psychologie sociale, l'anthropologie et l'histoire. Elle tire son origine au sein de la sociologie durkheimienne plus particulièrement autour de la notion de représentation collective (E. Durkheim, « Représentations individuelles et représentations collectives », in *Sociologie et Philosophie*, Paris, PUF, 1967, p. 13-50. Les représentations sociales ont depuis nourri tout un courant de recherches porté notamment par S. Moscovici, « Des représentations collectives aux représentations sociales », in C. Jodelet (S/Dir.), *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1991, p. 62-86 ; C. Jodelet, « Représentations sociales phénomènes, concept et théorie », in S. Moscovici éd., *Introduction à la psychologie sociales*, Vol. 1. Paris Larousse, 1984 ; W. Doise, « Les représentations sociales : un label de qualité », numéro spécial Les représentations sociales, *Connexions*, n°51, 1988, p. 99-113.

² A. Supiot, « Entre marché et régulation : les nouvelles régulations sociales assurent-elles une sécurité tout au long de la vie ? », in *L'avenir du travail, de l'emploi et de la protection sociale : dynamique du changement et protection des travailleurs*, Genève, IIES, P. Auer et B. Gazier éd., 2001, p. 167-173.

et à durée déterminée). L'intervention des pouvoirs publics s'est réalisée avec la création de dispositifs d'emplois reposant sur des types de contrats de travail particuliers³ dans le secteur marchand et non marchand⁴, la création de structures nouvelles d'emploi (associations intermédiaires, entreprises d'insertion, etc.), l'individualisation des parcours d'insertion⁵ professionnelle et un effort global de formation. On constate ainsi depuis les années 1980 une hybridation de la politique de l'emploi⁶ avec les politiques sociales⁷ et la constitution progressive d'une politique particulière dédiée aux chômeurs de longue durée autour de trois axes : l'élaboration de garanties de ressources⁸, d'aides à l'insertion et d'actions de formation⁹. La transformation des formes d'emploi s'est également traduite « par la production d'une population de salariés définis par leur manque (soit du fait de leurs caractéristiques propres, soit du fait de la nature de leur emploi ou secteur d'activité) et dont l'emploi est 'aidé' dans le cadre de mesures ouvrant droit à une réduction des cotisations sociales et/ou à une subvention publique. »¹⁰ La création de ces dispositifs correspond à un traitement social du chômage par l'institution de « nouvelles formes d'emploi qui reposent sur des logiques inédites tant dans la nature du financement que dans le mode de régulation et de définition des droits sociaux associés à l'emploi. »¹¹ Ces différents aménagements font que pour tout en ensemble d'actifs, les parcours professionnels qui découlent de ces dispositifs se traduisent par des situations salariales mixant politiques d'emploi et politiques sociales.

Parmi les actifs les plus exposés au risque de se retrouver au chômage ou d'y rester – jeunes, personnes peu ou pas qualifiées, femmes, plus de cinquante ans –, les personnes handicapées occupent une place particulière. Leur profil s'est toujours écarté du profil

³ Il s'agit de contrats à durée déterminée, du travail intérimaire, à temps partiel, etc.

⁴ La société salariale qui se développe après la Seconde guerre mondiale, appelle une distinction suffisamment claire entre le secteur marchand et les activités non marchandes. La traduction en sera la définition de la population active formulée par le Bureau International du Travail en 1954 (VII^e Conférence internationale du travail des statisticiens du travail, Genève nov. Déc. 1954). Pour plus d'information voir le site : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES362C.pdf

⁵ Pour une approche plus détaillée de la notion d'insertion voir annexe 2.

⁶ Les politiques de l'emploi sont définies comme « l'ensemble des interventions publiques sur le marché du travail, visant à en corriger les éventuels déséquilibres, et/ou à limiter les effets néfastes de ces derniers », J.-C. Barbié, J. Gautié, « Enjeux de l'analyse internationale des politiques publiques de l'emploi », Paris, *Le cahier 37* du Centre d'études de l'Emploi, PUF, 1998, p. 7.

⁷ A. Khristova, N. Moncel, 2004, *Approche comparative des politiques d'emploi subventionné sur l'articulation entre emploi et protection sociale*, RESORE, Université de Nancy 2, p. 4.

⁸ La montée en charge des mécanismes d'indemnisation et la mobilisation croissante des processus de redistribution sociale vont jouer un rôle actif dans ce basculement.

⁹ C. Guitton, 1996, « Droit, action publique et travail. Etude juridique des politiques d'insertion par le travail », Thèse de doctorat en Droit, Université de Paris X, 1996, p. 31 à 41. Il renvoie à l'article de R. Foudit et F. Stankiewicz, « La lutte contre le chômage de longue durée ou l'émergence d'une politique autonome », *Revue française des affaires sociales* n°3-1987.

¹⁰ A. Khristova, N. Moncel, 2004 *op. cit.*, p 5. <http://www.univ-nancy2.fr>.

¹¹ *Ibid.*, A. Khristova, N. Moncel, 2004, p. 6.

moyen des demandeurs d'emploi¹² par la sous représentation des femmes et des jeunes et la surreprésentation des publics âgés (plus d'un demandeur d'emploi handicapé sur quatre a 50 ans ou plus contre 15,3 % tous publics) ; un faible niveau de qualification (82,5 % des travailleurs handicapés au chômage ont un niveau de formation inférieur ou égal au niveau CAP contre 60,5 % tous publics, et plus du tiers de cette population ne dépasse pas les niveaux Vbis et VI¹³). Ces caractéristiques, associées au handicap et la sélectivité du marché du travail, se traduisent par un taux de chômage nettement supérieur à celui observé sur l'ensemble de la population active : 24 % contre 10 %¹⁴. Cette fragilité face au marché du travail se maintient malgré l'existence – depuis la fin des années 1950, puis la confirmation d'un modèle original d'intégration professionnelle visant à aménager l'accès à l'emploi pour ce public. Ce modèle repose d'une part sur une segmentation du marché du travail entre un milieu protégé (constitué d'établissements à la périphérie du secteur marchand, avec des normes de production propres) et le milieu ordinaire correspondant à l'emploi classique dans le secteur marchand ; et d'autre part sur une pression législative qui impose aux entreprises publiques et privées de plus de vingt salariés un quota de travailleurs handicapés à hauteur de 6 %¹⁵. À ce modèle correspond une gestion originale des demandeurs d'emploi handicapés : ils sont à la fois bénéficiaires des dispositifs d'une politique d'emploi spécifique qui leur est exclusivement réservée et dont la mise en œuvre relève d'organismes particuliers, et des politiques d'emploi de droit commun.

L'évolution de la politique de l'emploi à destination des personnes handicapées¹⁶ constitue la trame générale de cette thèse. Ce thème n'est pas nouveau en soi, l'originalité du dispositif d'insertion professionnelle des personnes handicapées¹⁷ a déjà donné lieu à des travaux de nature historique, sociologique, statistiques, juridiques, etc. dont ce travail est largement nourri¹⁸. S'ils apportent de nombreux éléments d'analyse et de compréhens-

¹² Les données présentées sont celles de 2004, elles indiquent cependant de grandes tendances observées depuis les années 1980.

¹³ Niveau V : second cycle court professionnel (CAPA et BEPA) ; Niveau VI et Vbis : premier cycle court pré-professionnel et classe préparatoire à l'apprentissage (4^{ème} et 3^{ème}, CPA).

¹⁴ AGEFIPH, *Atlas national 2005. L'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées*, Bagnaux, AGEFIPH, 2005, p. 70.

¹⁵ Le principe d'une obligation d'emploi pour les travailleurs handicapés est ancien (1924), le principe d'un quota de 6 % est celui de la loi 87-517 du 10 juillet 1987 (voir infra partie 2 chap. 3).

¹⁶ La politique de l'emploi en direction des personnes handicapées comprend deux volets : un volet politique spécifique qui relève d'un dispositif et de mesures strictement réservés aux personnes handicapées qui s'inscrit dans la loi 87-517 du 10 juillet de 1987, et un volet qui relève du droit commun et qui concerne l'ensemble des demandeurs d'emploi, personnes handicapées incluses.

¹⁷ Ce dispositif comprend tout un ensemble d'organismes et de mesures exclusivement dédiés à ce public – place centrale d'un organisme administratif ayant en charge la reconnaissance du handicap, l'orientation professionnelle, l'octroi de prestations financières ; centres de formation spécialisés ; structures de placements et aides à l'embauche exclusivement réservées à l'insertion de ce public ; caractère particulier du dispositif d'insertion professionnelle élaboré par le législateur avec une segmentation du marché du travail entre un milieu protégé et un milieu ordinaire ainsi que l'obligation d'un quota.

sion, ils ont cependant pour point commun de focaliser leurs analyses au seul dispositif spécifiquement dédié aux personnes handicapées, alors que la gestion de ce public relève aussi de la politique de droit commun ouverte à l'ensemble des demandeurs d'emploi. Ces analyses donnent le sentiment d'un univers clos, quasiment étanche aux évolutions qui ont traversé la politique de l'emploi.

La posture adoptée dans ce travail est sensiblement différente, elle consiste à considérer cette politique spécifique comme une politique « ordinaire », c'est à dire comme partie prenante des évolutions qui ont infléchi les logiques d'intervention sous tendant l'action des pouvoirs publics en matière d'emploi. Le choix de cette posture repose sur les travaux de Christophe Guitton¹⁹ qui a mis en évidence l'influence du modèle d'intégration professionnelle des personnes handicapées sur la mise en place des politiques d'insertion par le travail au cours des années 1980. Il montre comment « l'avènement de l'insertion par le travail résulte du choix initial des pouvoirs publics, plus implicite qu'explicite, de transposer dans le cadre de la politique de lutte contre le chômage le modèle théorique de la transition emprunté à la politique d'intégration professionnelle des handicapés. »²⁰ Il y a une analogie, à travers la création d'un secteur d'emploi à la périphérie du secteur marchand à compter des années 1980 pour le traitement des chômeurs les plus éloignés de l'emploi, avec la logique qui sous-tend la politique d'intégration des personnes handicapées. Cette logique a présidé, dès 1957²¹, à la création d'un dispositif spécifique distinguant milieu ordinaire et milieu protégé pour réaliser l'intégration professionnelle des travailleurs handicapés. Elle s'appuie sur le constat selon lequel une partie des personnes handicapées pouvant exercer une activité professionnelle ne possède cependant pas les capacités productives suffisantes au regard des critères minimums attendus dans la sphère économique. Par ailleurs, elle repose sur un modèle théorique de la transition (professionnelle) à partir duquel le secteur protégé est conçu comme un sas dans lequel les personnes handicapées qui y sont orientées, sont censées bénéficier d'une forme de réadaptation et de réentraîne-

¹⁸ Il s'agit essentiellement de travaux de nature sociologique [S. Ebersold, *L'invention du handicap : la normalisation de l'infirme*. Paris : C.T.N.E.R.H.I diffusion, PUF, 1992 – Il met en lumière les conditions d'institutionnalisation qui ont contribué à la consécration de la notion de handicap ; A. Blanc, *Les handicapés au travail. Analyse sociologique d'un dispositif d'insertion professionnelle*, Paris, Dunod, 1999 (1^{ère} éd. 1993) – Il donne une lecture sociologique qui part de la sociologie de l'action et des stratégies construites au nom de l'intérêt pour inscrire sa réflexion dans l'analyse systémique ; A. Labregère, *L'insertion des personnes handicapées*, Paris, La Documentation française, Notes et études documentaires, n° 4897, 1989] – Il aborde les difficultés d'insertion des personnes handicapées dans tous les secteurs de notre société ; juridique [M.-L., Cros-Courtial, *Travail et handicap, en droit français*, éd. C.T.N.E.R.H.I, (tomes 1 et 2), 1989], historique [H.-J. Stiker, *Corps infirmes et société*, Paris, Dunod, 1997 (1^{ère} éd. 1982, Paris, Aubier) ; J.-F. Montès, *Travail – Infirme, des aveugles travailleurs aux travailleurs handicapés, genèse de la remise au travail des infirmes*, Diplôme d'études supérieures en économie sociale, Paris, Université de Paris I Panthéon Sorbonne, 1989] ; statistiques [A. Triomphe, (s/dir.), « Les personnes handicapées en France », Paris, INSERM-CTNERHI, *Données sociales*, 1995 (2^{ème} éd.)].

¹⁹ C. Guitton, 1996, *op. cit.*

²⁰ *Ibid.*, C. Guitton, 1996, p. 16

²¹ Loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés.

ment au travail²² afin de pouvoir, in fine, rejoindre le peloton des travailleurs en milieu ordinaire de production. Le schéma théorique de la transition professionnelle s'est construit à partir d'une conception selon laquelle « l'inadaptation du départ doit être compensée pour se terminer par une adaptation. »²³ : c'est de la réadaptation physique et professionnelle que la compensation naît, et elle permet alors à la personne handicapée de retrouver des chances égales à celles des autres. Transposée dans le cadre des dispositifs d'insertion, cette logique consiste à réadapter les chômeurs aux nouvelles exigences du marché du travail. En effet, dans les politiques d'insertion, la lutte contre les inégalités se réalise par la recherche de l'égalité des chances²⁴ qui passe le plus souvent par des actions de nature rééducative et préventive. Il s'agit de mettre en œuvre un processus de remise à niveau pour faire des exclus des joueurs acceptables²⁵.

La transposition à d'autres publics du modèle de la transition mis en place pour les personnes handicapées, s'est tout d'abord réalisée dans le cadre de la politique sociale pour favoriser la réinsertion des « handicapés sociaux »²⁶ (vagabonds, anciens détenus, etc.) puis dans le cadre de la politique de l'emploi pour favoriser l'insertion professionnelle des demandeurs d'emploi souffrant d'un « handicap » sur le marché du travail (jeunes sans qualification, sans expérience ou en difficulté, chômeurs de longue durée, âgés ou sans ressources, etc.) Cette transposition explique « la constitution simultanée, au cours des années quatre-vingts, d'un secteur de l'insertion par l'activité économique (entreprises d'insertion, associations intermédiaires, etc.), et d'un secteur non marchand (établissements publics, collectivités territoriales, associations), ainsi que la constitution plus récente d'un secteur des services de proximité (emplois familiaux, services aux particuliers). Dans les trois cas, il s'agit de constituer un secteur protégé, ou tout au moins abrité, supposé permettre de préparer les chômeurs au passage ou au retour au milieu ordinaire. »²⁷ La mise en œuvre d'une discrimination positive, via des aides aux employeurs lors de l'embauche constitue un autre point commun entre les demandeurs d'emploi handicapés et non handicapés. Mises en place pour les personnes handicapées vers les années 1950 (exonération de

²² La réadaptation professionnelle a été utilisée à grande échelle lors de la Première Guerre mondiale. Il s'agissait alors de permettre le retour au travail des mutilés de guerre pour en faire une main-d'œuvre utile en période de pénurie de travailleurs valides. Cette action, adossée à l'essor de la médecine de réadaptation et de la rééducation fonctionnelle et professionnelle, devait permettre aux blessés de guerres et mutilés de contribuer à l'effort de production en temps de guerre (cf. Partie 1, chapitre 3).

²³ H.-J. Stiker, 1997, p.146-147.

²⁴ La notion d'égalité des chances est à prendre dans le sens d'un ensemble de principes d'intervention visant à éliminer les écarts sociaux entre les individus engendrés par l'activité humaine.

²⁵ R. Lafore, « La pauvreté saisie par le droit », in R. Castel et J.F. Laé (dir.), *Le RMI : une dette sociale*, L'Harmattan, collection Logiques sociales, 1991, p. 80.

²⁶ La notion de handicap social a été introduite dans le code du travail à la suite de la loi de 1974 sur l'aide à l'hébergement et à la réadaptation sociale pour permettre aux bénéficiaires de cette forme d'aide sociale d'accéder au secteur de travail protégé jusque là réservé aux travailleurs handicapés physiques, sensoriels ou mentaux.

²⁷ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 17.

charges, possibilités d'abattement de salaire, etc.), les aides à l'emploi vont, avec le développement massif du chômage, être généralisées afin d'opérer des effets contre-sélectifs sur le marché du travail en faveur des demandeurs d'emploi les plus fragilisés. C'est ainsi que la politique d'intervention sur le marché du travail conduite depuis le milieu des années 1970 pour accompagner la montée du chômage de masse met en œuvre – pour des catégories de publics jugés prioritaires (jeunes sans qualification, chômeurs de longue durée, travailleurs handicapés, etc.) au regard de leurs difficultés d'accès à l'emploi²⁸ – un principe de discrimination positive (diminution du coût du travail et une flexibilité juridique : développement du travail à temps partiel). L'analogie s'arrête là, les demandeurs d'emploi handicapés ont le monopole d'une discrimination positive sous forme de quota qui n'a pas été transférée aux autres chômeurs²⁹.

Ces premiers éléments montrent que s'intéresser à la façon dont s'est constituée la politique de l'emploi à destination des personnes handicapées et aux logiques qui la soutiennent est une entrée qui apporte un éclairage permettant de mieux comprendre certains aspects de l'évolution de la politique de l'emploi vis-à-vis du traitement des publics en difficulté. Ils montrent aussi que si le dispositif d'insertion des travailleurs handicapés a longtemps constitué une forme originale d'insertion, depuis les années 1980, avec la prolifération des dispositifs d'emplois déviant de la norme dominante de l'emploi, il est devenu un dispositif d'insertion de la politique de l'emploi parmi d'autres, soumis aux mêmes logiques d'action publique (dans leurs dimensions globale, sectorielle et territoriale). On peut ainsi présumer que s'intéresser aux évolutions de la politique de l'emploi et aux conditions de sa mise en œuvre est une entrée susceptible d'apporter un éclairage permettant de mieux comprendre certains aspects récents de la politique d'emploi spécifique à destination des personnes handicapées.

Il est alors possible d'avancer le postulat sur lequel repose cette thèse : *l'évolution de la politique de l'emploi à destination des personnes handicapées ainsi que les conditions de sa mise en œuvre participent des changements des modes d'action publique qui ont affecté la politique de l'emploi depuis les années 1980.*

²⁸ C. Guitton, 2005, « La résistible ascension du territoire en matière de politique d'emploi : retour sur trente ans de relations entre politiques d'emploi, territoire et territorialisation », in T. Berthet dir., *Un emploi près de chez vous ?*, Pessac, PUB, 2005, p. 51.

²⁹ La recherche d'une discrimination positive sous forme d'un quota a présidé à la gestion de l'accès à l'emploi des mutilés de guerre après la Première Guerre mondiale, lorsque le retour des mobilisés valides dans les campagnes et dans l'industrie a réintroduit l'exigence de la part des milieux productifs de travailleurs en pleine possession de leurs moyens. Afin de donner aux mutilés de guerre, spontanément rejetés par les milieux économiques, une chance de trouver un emploi, le principe d'un quota a été posé dès 1924, puis renouvelé dans les lois successives concernant l'emploi des personnes handicapées. Loi du 26 avril 1924 qui impose aux entreprises le recrutement de mutilés de guerre ; loi n°57-1223 du 23 novembre sur le reclassement professionnel dans laquelle apparaît le terme de travailleur handicapé ; loi n° 87-517 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

Avant de pouvoir formuler la problématique qui sous-tend ce travail, il est nécessaire de faire un détour mettant en évidence les questions que suscitent les évolutions de la politique de l'emploi. Ces questions s'inscrivent dans une série de transformations qui ont affecté la conduite de l'action publique dans le champ des politiques sociales. Si l'hybridation de la politique de l'emploi et des politiques sociales constitue une transformation importante du traitement du chômage, ce n'est pas l'entrée thématique adoptée dans cette thèse³⁰. C'est à travers le prisme de la transformation du modèle d'action publique en lien avec le large mouvement de prise en compte de la dimension territoriale dans la résolution de certains problèmes sociaux et le redéploiement des politiques sociales sur une base territoriale (via les lois de décentralisation et de déconcentration) que ce travail se propose d'analyser l'évolution de la politique d'emploi à destination des personnes handicapées.

Territorialisation et nouveaux principes d'action publique

Alors que pendant les années de croissance, l'État et son administration ont été considérés en France comme l'un des facteurs essentiels de la croissance et de la modernisation économique (l'État est alors présenté comme le garant du progrès) ; avec la crise économique et l'augmentation du chômage, les théories néo-libérales (déréglementation, dérégulation, privatisation) reviennent en force prônant un moins d'État. Le modèle français d'un État interventionniste ne va pas résister à une lecture économique (internationalisation de l'économie, ouverture européenne, etc.) qui va largement contribuer à miner sa légitimité. Ce qui sera ultérieurement appelé « la crise de l'État providence » s'exprime alors à travers la perception grandissante du décalage existant entre la demande sociale et les capacités pour l'État à y répondre. C'est ainsi que tout au long des années soixante-dix, le secteur social va être le révélateur des limites de l'approche sectorielle dans la régulation des problèmes sociaux et promouvoir une réorganisation de l'État afin de répondre à l'exigence d'une approche globale des problèmes sociaux. Cette réorganisation doit aller dans le sens d'un décloisonnement de l'action de l'État et passe par la prise en compte des territoires infranationaux comme lieux de mise en cohérence et de gage d'efficacité de l'action publique. La gestion de proximité apparaît la plus efficace pour répondre à l'exigence accrue des citoyens quant à la capacité de réaction des services publics aux différents problèmes sociaux.

C'est dans les années 1980, que la question du territoire et de l'articulation entre politiques sociales et politiques d'emploi est posée explicitement. Avec l'arrivée de la gauche au pouvoir, la lutte contre le chômage va s'inscrire dans une nouvelle conception de

³⁰ Pour plus d'informations sur l'hybridation des politiques d'emploi avec les politiques sociales voir annexe 3.

l'action publique marquée par la remise en cause de la légitimité de l'État central dans la régulation des problèmes sociaux et la promotion du local comme lieu pertinent de redéfinition de l'action publique. Plusieurs rapports vont contribuer à renforcer l'idée de l'inadaptation de l'organisation politico-administrative au traitement des problèmes sociaux. Le rapport Schwartz sur les problèmes d'insertion des jeunes³¹, en mettant en évidence la complexité des situations et la nature intersectorielle des problèmes à traiter, met aussi en évidence l'inadaptation des logiques qui ont présidé au cloisonnement des différentes politiques sectorielles (d'emploi, de santé, de logement, etc.) : les problèmes sociaux sont forcément intersectoriels et requièrent la mobilisation d'une pluralité d'acteurs et d'institutions³². Les années suivantes, deux autres rapports : Dubedout (sur les questions urbaines)³³ et Bonnemaïson (sur les questions de la délinquance)³⁴, aboutissent aux mêmes conclusions en soulignant la nécessité de développer une approche globale territorialisée en direction des publics en difficulté. Plus que des objectifs généraux, ce sont des lignes d'action stratégiques et des normes de fonctionnement que ces rapports définissent³⁵. C'est dans ce contexte qu'apparaît la « formulation d'un nouveau modèle d'action sociale, plus axé sur la participation, la prévention et la décentralisation »³⁶, se basant sur la définition des besoins locaux (c'est à dire sur une base territoriale et non-plus sectorielle) pour traiter les problèmes sociaux. Dès lors, les politiques sociales vont, via les lois de décentralisation, se redéployer sur une base territoriale. C'est ainsi que dès les années 1980, la décentralisation³⁷ et la déconcentration³⁸ des services de l'État, vont constituer le nouveau contexte dans lequel va se ré-articuler l'action publique.

³¹ B. Schwartz, *L'insertion professionnelle et sociale des jeunes*, Rapport au Premier ministre, La documentation française, 1981.

³² R. Lafore, 1991, *op. cit.*, p. 78.

³³ H. Dubedout, *Ensemble, refaire la ville*. Paris : La Documentation française, 1983.

³⁴ G. Bonnemaïson, *Prévention, répression, solidarité*. Paris : La Documentation française, 1983.

³⁵ J. de Maillard, « Les associations dans l'action publique locale : participation fonctionnalisée ou ouverture démocratique ? », in *Lien social et Politiques*, RIAC, 48, *La démocratisation du social*, 2002, p. 55.

³⁶ B. Jobert, « Les politiques sanitaires et sociales », Grawitz, *Traité de science politique*, Paris, PUF, tome 4, 1985, p. 333.

³⁷ Les principaux textes relatifs à la territorialisation de l'action publique sont : Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions. Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État. Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État. Loi n° 85-97 du 25 janvier 1985 modifiant et complétant la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 et portant dispositions diverses relatives aux rapports entre l'État et les collectivités territoriales. Loi n° 86-16 du 6 janvier 1986 relative à l'organisation des régions et portant modification de dispositions relatives au fonctionnement des conseils généraux. Loi du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire. Loi du 25 juin 1999 relative à l'aménagement et développement durable du territoire. Loi du 12 juillet 1999 relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale. Loi du 12 décembre 2000 relative à la Solidarité et au Renouvellement Urbains. Loi constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République, parue au J.O n° 75 du 29 mars 2003. La loi organique n° 2004-758 du 29 juillet 2004 met en oeuvre le principe d'autonomie des collectivités locales défini par la loi constitutionnelle du 28 mars 2003. La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 prévoit d'importants transferts de compétences, à compter du 1er janvier 2005, au profit des différentes collectivités territoriales tout en favorisant une meil-

- ✦ La *décentralisation* implique une nouvelle distribution des pouvoirs et doit permettre aux collectivités locales de disposer d'une certaine liberté de décision pour définir les normes de leurs actions et les modalités de leurs interventions (la décentralisation exclut toute hiérarchisation entre collectivités). La loi du 2 mars 1982 exprime la nouvelle donne que la décentralisation a introduit dans l'organisation des pouvoirs, en tout premier lieu en transférant le pouvoir exécutif du préfet aux présidents des conseils général et régional, la région étant érigée en collectivité locale de plein exercice.
- ✦ La *déconcentration* (corollaire de la décentralisation) consiste à déplacer à l'intérieur d'une autorité publique le niveau normal de prise de décision en certaines matières de sa compétence, du centre à ses services extérieurs (qui deviendront les services déconcentrés). La déconcentration peut être verticale, lorsqu'elle consiste à responsabiliser les services extérieurs de l'État (qui deviendront les services déconcentrés), ou horizontale, quand elle accroît le rôle du préfet en matière de coordination de ces services, à l'exemple des décrets du 10 mai 1982³⁹.

En opérant une nouvelle distribution des pouvoirs, la décentralisation vise à promouvoir une nouvelle conception de l'action publique qui doit en renforcer l'efficacité. En transférant de l'État aux collectivités locales un certain nombre de compétences, elle cherche à définir le niveau d'administration qui pourra exercer ces compétences de la manière la plus efficace en tenant compte de la diversité des situations locales. Avec la décentralisation, le territoire (déjà présent à travers les pratiques de développement local⁴⁰) va chan-

leure identification de leurs missions respectives. Elle tend à soutenir et à amplifier la dynamique de l'intercommunalité.

³⁸ La déconcentration, qui consiste à transférer des attributions de l'échelon central aux autorités de l'État implantées dans les circonscriptions administratives, existe avant les lois de 1982. Elle a été le maître mot employé pour définir la réforme de l'administration française de 1958 à 1981 ; elle constituait alors un correctif technique et un palliatif de l'absence de décentralisation. Il s'agissait pour l'État de se rapprocher du lieu d'application des politiques : Par exemple en faisant de l'octroi du permis de construire une compétence de niveau préfectoral, confiée au directeur départemental de l'équipement. Les lois de décentralisation, en même temps qu'elles créaient une rupture institutionnelle, ont posé le principe d'un transfert aux collectivités territoriales des services déconcentrés de l'État nécessaires à l'exercice de leurs nouvelles compétences (Articles 26 et 73 de la loi du 2 mars 1982). Mais ce sont deux textes publiés en 1992 qui reconnaissent explicitement la dimension territoriale de l'État : La loi d'orientation n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République place sur un pied d'égalité services de l'État et collectivités et le décret n° 92-604 du 1^{er} juillet 1992 portant charte de la déconcentration décline le principe selon lequel « la déconcentration est la règle générale de répartition des attributions et des moyens entre les différents échelons des administrations civiles de l'État ». La déconcentration devient le droit commun.

³⁹ Décret n° 82-389 du 10 mai 1982 modifié relatif aux pouvoirs des préfets et à l'action des services et organismes publics de l'Etat dans les départements ; décret n° 82-390 du 10 mai 1982 modifié relatif aux pouvoirs des préfets de région, à l'action des services et organismes publics de l'Etat dans la région et aux décisions de l'Etat en matière d'investissements publics.

⁴⁰ Le développement local est avant tout un modèle au sens où il propose une vision ordonnée du développement qui s'inscrit à la fois dans une construction idéologique et des pratiques sociales particulières. Avec la crise économique, la recherche de nouvelles voies pour la croissance économique va imposer le développement local comme référentiel central dans un certain nombre de secteurs liés à la croissance économique et à l'action sociale. Au cours des années 1980, ce modèle débarrassé de sa dimension activiste, va fonder la dynamique de décentralisation.

ger de statut et devenir l'espace pertinent/légitime d'élaboration et de mise en œuvre d'un grand nombre de politiques sociales. Les lois de décentralisation et le mouvement de déconcentration de l'action de l'État, en permettant une territorialisation des responsabilités, ont conditionné la mise en place de nouveaux dispositifs d'action.

Ainsi, la territorialisation – c'est à dire le transfert des compétences de l'autorité étatique à des autorités locales associées à la décentralisation, et celui en lien avec la déconcentration – apparaît comme une réponse aux dysfonctionnements engendrés par les modes traditionnels d'administration du social (leur segmentation et leur prise en compte insuffisante des inscriptions territoriales). La territorialisation de l'action publique se donne à voir comme une approche plus fine des problèmes sociaux que la définition de grands problèmes nationaux applicables en tous lieux de façon identique. L'objectif est d'adapter les politiques publiques aux réalités locales et réaliser ainsi une meilleure relation entre des actions publiques et des besoins identifiés. Dans un contexte de territorialisation, l'action publique peut être caractérisée par différents points qui engagent autant de nouveaux principes d'action publique :

➤ *La proximité de la mise en œuvre*

La territorialisation de l'action publique renvoie à une mise en œuvre des politiques publiques à un niveau infranational, basée de plus en plus sur une coopération entre des instances très différentes (intervention conjointe des secteurs privé et public). Le « local » devient le lieu de mise en cohérence de l'action publique car c'est à ce niveau (au plus près du terrain) que les décisions sont opérationnalisées⁴¹. Se pose dès lors la recherche, pour chaque compétence du « territoire pertinent », c'est-à-dire celui qui apparaît comme le plus apte à rendre compte des phénomènes que l'on souhaite observer ou sur lesquels on veut intervenir, le plus approprié pour organiser la réponse à des besoins identifiés, le plus homogène pour bâtir et conduire des projets collectifs. Toutefois, le territoire infranational, tout en étant l'objet de découpages différents en fonction des dispositifs mis en œuvre, est le support de deux types de politiques :

- ♦ Les *politiques territorialisées*, c'est à dire des politiques publiques conçues par l'État et qui considérées dans leur mise en œuvre sont appliquées territorialement. « Ces politiques se définissent alors par une démarche descendante qui précise les modalités de mise en œuvre locale, pour partie en fonction des réalités locales. Dans le cadre de la politique de l'emploi, la territorialisation exprime le souci de renforcer le ciblage territorial dans la recherche, par le niveau central, du meilleur niveau d'intervention en matière de gestion de l'emploi ou à l'encontre du chô-

⁴¹ Charte de la déconcentration : décret n° 92-604 du 1^{er} juillet 1992 paru au JO du 4 juillet 1992.

mage. La territorialisation exprime aussi la volonté de transférer ou déléguer les ou des attributions et les ou des responsabilités dans ce domaine aux décideurs et acteurs les plus proches des lieux d'intervention. »⁴²

- ♦ Les *politiques territoriales* désignent quant à elles des actions publiques dont l'initiative revient aux autorités locales. On cite l'exemple de certains conseils régionaux qui ont – suite au transfert de compétences opéré par la loi quinquennale de 1993 – mis en place des dispositifs visant à améliorer l'insertion professionnelle des jeunes (par ex. par la création de postes de délégués territoriaux)⁴³.

Ces politiques (quelles soient territoriales ou territorialisées), se déclinent localement selon des logiques qui impriment des découpages du territoire différents. Ces découpages ne sont pas sans poser quelques problèmes : du fait d'une action publique fractionnée en de très nombreuses politiques sectorielles, rien n'assure que le territoire reconnu pertinent pour une politique particulière le sera également pour la mise en œuvre d'une autre. Au contraire, tout porte à penser, par exemple, que le secteur sanitaire devra être délimité en fonction de données propres à la demande et à l'offre de soins tandis que la politique de l'emploi se référera au bassin d'emploi et aux déplacements domicile-travail. Dans les faits, à des maillages conçus par l'administration centrale et dessinés en règle générale par les services déconcentrés, s'ajoutent les divers territoires dont l'État n'a pas seul la maîtrise du tracé. Ceux-ci sont délimités au cas par cas, par convention avec des opérateurs divers, dans le cadre d'une politique contractuelle conçue pour que se rencontrent priorités nationales et projets portés par les acteurs locaux. Lorsque les thèmes considérés sont éloignés l'un de l'autre, peu importe l'hétérogénéité des découpages territoriaux. En revanche, leur diversité peut constituer un inconvénient majeur lorsque sont en jeu des politiques complémentaires qui visent des publics proches, voire identiques comme c'est le cas avec les chômeurs de longue durée pour lesquels les questions relatives à l'emploi sont étroitement liées avec celles de nature plus sociale (logement, santé, etc.)⁴⁴ Ainsi, se pose la question de la cohérence entre les divers zonages retenus pour des politiques qui sont très complémentaires, notamment du point de vue des populations qu'elles visent.

⁴² J. P. Pellegrin, « La territorialisation des politiques de l'emploi », 4^e journée sur l'Europe sociale, 8 et 9 octobre 1992, OCDE, programme ILE (Initiative locale pour l'emploi), cité par T. Berthet *et alii*, « 1982-2002 : la territorialisation progressive des politiques de l'emploi », *Premières informations, Premières synthèses*, Paris, Dares, 2002, p. 2.

⁴³ Comité de coordination des programmes régionaux d'apprentissage et de formation professionnelle continue, *Rapport d'activité 1993-1996. Évaluation des politiques régionales de formation professionnelle*, tome 1, Paris, La documentation française, 1996.

⁴⁴ IGAS, « Politiques sociales de l'État et territoires », Rapport annuel, Paris, La Documentation française, 2002, p. 23.

➤ *L'existence de problèmes dont la solution dépasse le cadre d'une seule organisation.*

L'approche globale des problèmes sociaux est possible sous réserve qu'il y ait mise en cohérence des interventions des différents organismes détenteurs de la réponse à une partie du problème⁴⁵. La mise en œuvre des politiques publiques repose sur l'interdépendance des organisations impliquées dans le traitement de certains problèmes (comme l'accès à l'emploi) dont la nature transversale nécessite leur action conjointe. Ainsi, aujourd'hui, « les politiques publiques dépendent de plus en plus d'approches intégrées, liées à la constitution de partenariats entre des acteurs multiples chargés de gérer des problèmes publics dont personne n'est totalement propriétaire mais dont tout le monde est plus ou moins locataire ou copropriétaire. »⁴⁶ Leur traitement dépasse par-là même les compétences d'une seule organisation et nécessite l'intervention de plusieurs, réunies dans le cadre de l'institution d'une action collective⁴⁷ généralement formalisée dans des relations contractuelles. La mise en place des Missions locales pour l'accueil, l'information et l'orientation des jeunes (1982), illustre bien cette conception de l'action publique. Créées dans les zones où les problèmes d'insertion des jeunes étaient jugés particulièrement aigus, le dispositif des Missions locales constitue un système d'animation locale pour traiter l'ensemble des problèmes d'insertion sociale et professionnelle⁴⁸ qui se posent aux jeunes. Formellement associées à une multiplicité de partenaires, elles concourent – au même titre que l'État, les établissements publics, les établissements d'enseignement, les associations, les organisations professionnelles syndicales et familiales et les entreprises – à la mise en œuvre des actions d'insertion des jeunes. La résolution des différents problèmes que rencontrent ces derniers repose sur la capacité des acteurs à se mobiliser et à articuler leurs interventions en fonction des ressources et contraintes locales.

La mise en place des dispositifs d'insertion (pour certains avant 1981 et pour leur majorité après), comme la gestion du RMI à travers l'action des Commissions Locales d'Insertion (CLI - 1988), ou bien encore l'insertion des personnes handicapées à travers celle des Plans Départementaux d'Insertion pour les Travailleurs Handicapés (PDITH -

⁴⁵ P. Duran, et J.-C. Thoënic, « L'État et la gestion publique territoriale », *Revue française de sociologie politique*, n°46/4, 1996, p. 582.

⁴⁶ P. Duran, « *Penser l'action publique* », Paris, L.G.D.J., Série politique, n° 27, 1999, p. 126.

⁴⁷ L'institutionnalisation de l'action collective renvoie au caractère collectif (représentants des organismes privés et publics) que revêt la construction des priorités, des arbitrages et du contenu de l'action publique P. Duran, et J.-C. Thoënic, 1996, *op. cit.*, p. 601. La notion d'action collective est à prendre dans le sens d'un mouvement regroupant plusieurs acteurs (représentant des organisations publiques ou privées), mobilisés conjointement pour la mise en œuvre de l'action publique.

⁴⁸ C'est avec le rapport Schwartz de 1981 à propos des jeunes en difficulté que l'insertion est liée à une représentation indissociablement *sociale et professionnelle*. Sur le volet professionnel, il s'agissait, au départ, de la mesure de l'entrée sur le marché du travail des jeunes sortis, diplômés ou non, du système scolaire. Sur le volet social, l'insertion comprend une série de services qui vont de l'assistance traditionnelle à l'accompagnement vers l'emploi ; le terme peut ainsi désigner selon les contextes, formation, socialisation, médiation, occupation ou responsabilisation.

1991) ont été conçus dans la même logique. Ils ont pour point commun de ne pas relever d'une seule instance politico-administrative et d'avoir été mis en œuvre au départ selon des normes et des modalités qui n'étaient pas celles utilisées habituellement par la puissance publique⁴⁹. Ces dispositifs sont généralement adossés à des politiques constitutives⁵⁰ dont la caractéristique est de créer le cadre de l'action publique : elles proposent des orientations générales et établissent les règles du jeu pour l'action publique et structurent les systèmes d'acteurs. La diffusion de ce type de politique a sensiblement modifié les conditions de l'action publique en reconnaissant aux acteurs locaux leur capacité à structurer les problèmes et à construire les solutions. Elles confèrent à la phase de mise en œuvre, comme on le verra plus loin, un rôle important.

➤ *La fin d'une gestion publique centralisée et la recomposition des jeux d'acteurs*

De nombreux travaux issus de la sociologie et des sciences politiques ont mis en évidence le passage d'une gestion verticale/sectorisée – correspondant à des politiques imposées par un groupe d'acteurs étatiques centraux – à une gestion plus collective (horizontale) des problèmes publics correspondant à des politiques négociées entre plusieurs acteurs tant étatiques que non étatiques. Ces travaux mettent en évidence la façon dont la territorialisation de l'action publique et l'institutionnalisation de l'action collective comme mode de régulation, ont modifié les positions et la nature du jeu entre les acteurs⁵¹.

Au niveau de l'État, dès 1982 la déconcentration a été présentée comme le « deuxième pilier » de la décentralisation et son indispensable contrepartie. Parce qu'elle est destinée à assurer une plus grande efficacité de l'action publique, la décentralisation doit également permettre de renforcer l'organisation des administrations de l'Etat qui, plus déconcentrées, doivent être mieux à même de s'adapter à la diversité et aux évolutions des situations locales. Gaston Defferre affirme alors qu'il est « souhaitable qu'à chaque niveau de décentralisation corresponde un niveau de déconcentration aussi fort ». Cependant, la décentralisation et l'éclatement des compétences entre les différents niveaux de collectivités⁵² s'est traduit par un déséquilibre des transferts en confiant aux élus les fonctions de

⁴⁹ J. Ion, *Le travail social à l'épreuve du territoire*, Paris, Dunod, 2000, p. 23.

⁵⁰ Le terme de « politique constitutive » a été proposé par T. Lowi, « Four systems of policy, politics and choice », *Public Administration Review*, vol. 32 (4), 1972. Il distingue quatre types de politiques publiques : les « politiques réglementaires » caractérisées par le fait de produire des normes autoritaires s'imposant aux destinataires des ces politiques (ex. code de la route) ; les « politiques distributives » qui ont pour mission d'accorder un droit à des bénéficiaires (ex. permis de conduire) ; les « politiques redistributives » qui ont pour fonction d'édicter des critères d'accès à certains bénéfices pour des catégories de bénéficiaires (ex. ouverture de droits à l'assurance chômage) et enfin les « politiques constitutives ».

⁵¹ P. Duran, et J.-C. Thoenig, 1996, *op. cit.*, p. 601.

⁵² Avec la décentralisation, l'État a conservé trois missions exclusives : l'essentiel des missions régaliennes, la mission de garant de la légalité et celle de garant de la solidarité entre collectivités décentralisées. Les compétences transférées aux collectivités territoriales sont essentiellement la planification et le développement économique pour la région, la distribution des services sociaux pour le département, la planification urbaine ou l'aménagement rural pour les villes et les communes.

répartition et de gestion, pour ne laisser aux services de l'État que les tâches de contrôle et de répression ou de secteurs particulièrement difficiles. La nouvelle répartition des compétences au profit des collectivités territoriales a profondément modifié les pratiques des services de l'État en faisant perdre aux fonctionnaires locaux un grand nombre des attributions qui contribuaient à leur insertion dans leur environnement local. Dans bien des domaines – et en particulier celui des politiques sociales – la décentralisation s'est accompagnée d'une imbrication extrêmement complexe des responsabilités dans la mise en œuvre des politiques publiques. La contractualisation⁵³ est progressivement devenue l'outil privilégié pour encadrer les relations de coopération entre les services de l'État et les collectivités locales. Les années qui suivent la décentralisation mettent en évidence la difficulté d'adaptation de la nouvelle organisation de l'État. Rapidement, les modes opératoires des services de l'État sont apparus inadaptés aux nouveaux enjeux de politiques plus ouvertes et transversales (l'administration restant cloisonnée selon une logique sectorielle) ce qui a entraîné un discrédit sur la légitimité du mode d'action de l'État et la nécessité pour ce dernier de rendre plus performante l'intervention de son administration. L'institutionnalisation de l'action collective se superpose à la logique bureaucratique des services de l'État, logique qui, malgré le mouvement de modernisation des services publics engagé depuis la Libération, reste « mal adapté aux problèmes actuels de la société postindustrielle »⁵⁴. Comme le montrent plusieurs études, l'administration en se modernisant « a bien transformé ses techniques et ses méthodes, mais n'a fait que renforcer ses tendances traditionnelles »⁵⁵ : structures centralisées, cloisonnement des administrations, logique de secteur, routines des fonctionnaires ancrées dans l'usage des règles et des règlements. Pour les concepteurs du XI^e plan (1992-1993) la crise de légitimité de l'État peut être résolue par le biais de sa modernisation et celle-ci passe par un changement de logique d'action de l'État : si ce dernier veut garder un rôle stratégique et rester le garant de l'intérêt général et de la cohésion sociale il doit devenir un « État stratège ». L'État stratège doit renoncer au centralisme et devenir un État déconcentré, en d'autres termes, être en mesure d'adapter son organisation afin que la mise en œuvre des politiques publiques (sauf exception⁵⁶) relève des services déconcentrés : « l'État, qui a une responsabilité stratégique particulière à l'égard des partenaires, doit faire un effort de remise en ordre, en particulier dans les très nombreuses procédures de contractualisation ; ceci suppose qu'il travaille autrement au niveau central et qu'il soit

⁵³ Les procédures contractuelles entre l'État et les collectivités locales ont été inaugurées dans le cadre de la politique d'aménagement du territoire, mais c'est avec la décentralisation et la réforme de la planification (juillet 1982) que la formule est banalisée. Voir A. Mabileau, *Le système local en France*, Paris, Montchrestien, col. Clés politique, 1994 (2^{ème} éd.), p. 135-141.

⁵⁴ M. Crozier, *État modeste, État moderne*, Paris, Seuil, Coll. Points – essais, 1991, p. 94.

⁵⁵ *Ibid.*, M. Crozier, 1991, p. 94.

⁵⁶ En particulier les compétences régaliennes de l'État que sont les affaires étrangères, la défense, la justice, la sécurité. L'État demeure, en outre, en charge de la définition et de la mise en œuvre de la politique économique et sociale de la nation. Il dispose seul du pouvoir de réglementation générale.

résolument déconcentré. »⁵⁷ En d'autres termes, l'État doit être en mesure de rendre plus efficace l'intervention de son administration par la promotion de principes d'action renouvelés.

La loi d'orientation de 1992 sur l'administration territoriale de la République⁵⁸ va dans ce sens, elle marque une rupture radicale avec les pratiques antérieures de la déconcentration. Elle introduit une innovation juridique essentielle : le principe de subsidiarité qui réaffirme l'exigence d'une prise des décisions le plus près possible des citoyens. Comme principe général, le principe de subsidiarité ne s'applique pas seulement aux rapports entre les collectivités publiques plus larges et les collectivités publiques plus restreintes, mais aussi aux rapports entre les autorités publiques, quelles qu'elles soient, et la société civile. Le principe de subsidiarité implique que l'autorité publique n'intervienne dans le domaine économique et social que s'il est nécessaire de compléter les initiatives provenant de la société civile pour obtenir le Bien commun ; il demande également, de manière générale, que les collectivités publiques dont le ressort est plus large n'interviennent que pour compléter, si nécessaire, l'action des collectivités publiques dont le ressort est plus étroit⁵⁹. La loi d'orientation ajoute que « les missions qui intéressent les relations entre l'État et les collectivités territoriales, sont confiées aux services déconcentrés ». La charte de la déconcentration⁶⁰ quant à elle, réaffirme l'autorité et le pouvoir de direction du préfet sur les différents services déconcentrés. Elle étend les compétences des préfets en les chargeant de négocier les contrats conclus au nom de l'État avec les collectivités territoriales et leurs établissements publics, alors qu'auparavant ils se bornaient bien souvent à signer des accords dont le contenu avait été arrêté à l'échelon central. Selon cette nouvelle organisation, les administrations centrales préparent les grands choix stratégiques nationaux, élaborent les politiques publiques et les normes juridiques nécessaires à la garantie de l'intérêt général et fixent des objectifs aux services déconcentrés. Les services déconcentrés, dotés d'une réelle autonomie⁶¹, ont la responsabilité de la mise en œuvre des

⁵⁷ C. Blanc, *Pour un État stratège, garant de l'intérêt général*, Rapport de la Commission du Plan, La documentation française, 1993.

⁵⁸ La loi d'orientation n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République place sur un pied d'égalité services de l'État et collectivités territoriales en indiquant que « l'administration territoriale de la République est assurée par les collectivités territoriales et par les services déconcentrés de l'État » et le décret n° 92-604 du 1^{er} juillet 1992 portant charte de la déconcentration décline le principe selon lequel « la déconcentration est la règle générale de répartition des attributions et des moyens entre les différents échelons des administrations civiles de l'État ». La déconcentration devient le droit commun.

⁵⁹ C. de la Malène, *L'application du principe de subsidiarité*, Délégation du Sénat pour l'Union européenne, Rapport 46, 1996-1997.

⁶⁰ Décret n° 92-604 du 1^{er} juillet 1992 portant charte de la déconcentration.

⁶¹ La régulation de l'administration ne doit plus obéir à une logique dominée par l'allocation des moyens et une répartition des tâches de type taylorien, mais à une *logique d'objectifs et de résultats* : chaque service doit se voir fixer des objectifs clairs et être jugé essentiellement à partir d'une évaluation des résultats obtenus. Cette autonomie est articulée au développement de l'évaluation et du contrôle de gestion, C. Blanc, 1993, *op. cit.*, p. 69.

politiques publiques ; pour cela ils doivent être en mesure de développer une gestion de proximité c'est-à-dire être au plus près des territoires de l'intervention publique. Ainsi, l'État, du fait de la déconcentration, n'agit plus uniquement à partir de son centre mais aussi depuis la périphérie.

La subsidiarisation des échanges politiques autour de l'action publique s'est accompagnée d'une recombinaison des légitimités. Dans ce nouvel ordonnancement politico-administratif, l'État « reste interventionniste, mais autrement »⁶² ; il définit un cadre général, établit les règles du jeu pour l'action publique (modes de financement, création d'espaces de coopération, types d'acteurs à mobiliser, etc.) mais, il ne peut plus imposer seul sa définition du problème de façon unilatérale car il n'en a plus les moyens. A un système hiérarchique pyramidal, s'est substitué progressivement un système polycentrique dans lequel la légitimité des acteurs locaux des secteurs privé et public est reconnue dans la construction et la mise en œuvre de l'action publique. L'État n'apparaît plus comme l'unique déterminant de l'action publique ; à travers ses services déconcentrés, il devient un partenaire (pas tout à fait comme les autres) parmi d'autres⁶³. Ses services sont amenés à intervenir dans le cadre d'actions conjointes où idéalement « l'ajustement mutuel l'emporte sur le cloisonnement administratif »⁶⁴. C'est en fonction de ces *street level bureaucrats*⁶⁵ que se réalise l'opérationnalisation des politiques définies nationalement en fonction d'ajustements variables selon les contextes locaux. Cependant, bien souvent, ils se réapproprient les politiques publiques selon une logique différente de celle qui a prévalu à leur conception, et dans laquelle prédomine le poids des intérêts organisationnels locaux. Le contenu d'une politique publique continue d'être « travaillé », c'est à dire reformulé, réinterprété. En d'autres termes, « la mise en œuvre est la poursuite de la lutte politique sous des formes spécifiques. L'ambiguïté des textes, la flexibilité des dispositions, prolongent le jeu politique jusqu'à l'exécutant. »⁶⁶ Il est par conséquent fréquent d'observer des distorsions entre la logique qui a prévalu à la conception d'une politique publique et l'usage qu'en font les acteurs de terrain.

La mise en œuvre de la politique de l'emploi illustre les risques de dérive qui peuvent intervenir lors de la mise en œuvre d'une politique publique. Concernant cette politique, l'État central fixe les grandes orientations et les objectifs à atteindre, et prescrit « comment faire » à travers des circulaires, textes d'orientation à destination de ses services déconcentrés. Cependant, entre l'intention et la mise en œuvre, les acteurs territoriaux doivent se

⁶² P. Duran, 1999, *op. cit.*, p. 13.

⁶³ P. Duran et J.C Thoenig, 1996, *op. cit.*, p. 594.

⁶⁴ *Ibid.*, P. Duran et J.C Thoenig, 1996, p. 591

⁶⁵ Cette expression a été introduite par M. Lipsky, *Street-level Bureaucracy – Dilemmas of the Individual in Public Services*, Russell Sage Foundation, New York, 1980.

⁶⁶ Y. Meny et J.-C. Thoenig, *Politiques publiques*, Paris, PUF, 1989, p. 246.

livrer à une lecture interprétative des textes, ce qui conduit « en quelque sorte à une nécessaire délibération de la part des acteurs territoriaux en ayant la charge »⁶⁷. De ce fait, le nouveau mode d'action de l'État « requiert ainsi une attitude plus entrepreneuriale des services déconcentrés, responsables depuis les territoires et aux côtés des acteurs locaux, de la construction de solutions négociées à partir d'un diagnostic des besoins, puis dans un second temps de la mobilisation des moyens de leur implémentation. »⁶⁸. Le territoire devient le support « d'une action publique, c'est à dire une action collective mobilisant divers partenaires publics et professionnels, collectivités territoriales et acteurs privés. Tous partagent dans leurs attentes la visée d'un même bien commun (tel le niveau de l'emploi) même si la qualification qu'ils en donnent et les bénéfices qu'ils en espèrent diffèrent »⁶⁹. En d'autres termes, « l'efficacité d'une mesure dépend autant de sa conception centralisée que de la façon dont les acteurs locaux s'en saisissent et la négocient sur le terrain »⁷⁰.

Ainsi, dans le cadre d'une gestion commune des problèmes sociaux, l'action publique relève de moins en moins de solutions bureaucratiques mais fait davantage appel à des mécanismes de coordination dans lesquels sont impliqués une multiplicité d'acteurs aux statuts différents⁷¹. Cette cogestion des problèmes sociaux s'accompagne de nouveaux principes de coopération regroupant des représentants des organismes (administration, associations, etc.) des secteurs public et privé, mobilisés conjointement pour la satisfaction d'intérêts communs⁷². Idéalement, c'est la recherche d'efficacité de l'action publique qui devrait conditionner la configuration d'acteurs la plus idoine pour un problème public donné, dans un territoire donné. P. Duran les qualifie d'*acteurs pertinents* qui « sont définis plus par leur proximité au problème en jeu que par leur appartenance à une organisation »⁷³. Le rôle de ces acteurs (qu'il s'agisse de leurs compétences et/ou de leur légitimité) prend du coup une dimension plus marquée, car ils peuvent avoir, à un niveau territorial donné, la capacité à infléchir une politique publique. Cette nouvelle conception de l'action publique « travaille la continuité et la cohérence de l'intervention de l'État qui désormais n'apparaît plus comme un acteur unique mais comme fragmenté et différencié au rythme des scènes locales sur lesquelles il agit. »⁷⁴ La décentralisation a induit un nouveau mode de définition de l'intérêt général, lequel n'est plus du ressort exclusif de l'État mais au contraire peut, dans certains domaines, être défini et porté par les acteurs décentralisés. Le

⁶⁷ T. Berthet et P. Cuntigh, 2005, *op. cit.*, p. 87.

⁶⁸ *Ibid.*, T. Berthet et P. Cuntigh, 2005, *op. cit.*, p. 90.

⁶⁹ R. Salais, « Emploi, conventions et territoires », in E. Perrin, N. Rousier, *Ville et emploi, le territoire au cœur des nouvelles formes de travail*, éditions de l'Aube, 2000.

⁷⁰ La lettre du Centre d'Étude et de l'Emploi, n° 33, juin 1994.

⁷¹ P. Duran, 1999, *op. cit.*, p. 25.

⁷² *Ibid.*, P. Duran, 1999, p. 39.

⁷³ *Ibid.*, P. Duran, 1999.

⁷⁴ T. Berthet et alii, *Politique d'emploi et territoires*, rapport d'études pour la Dares, 2001, p. 10.

territoire, plus que l'appareil d'État, tend à constituer désormais le lieu de définition des problèmes publics, marquant ainsi la fin d'une gestion publique centralisée.

➤ *La régulation comme caractéristique générale de l'action publique*

Bien que profitable et reconnue comme telle, l'action collective ne se résume pas à un intérêt commun institué, elle est un problème pratique de l'action publique. En effet, la recomposition de l'action de l'État à la périphérie dépend en partie de la capacité des acteurs, des sphères publique et privée, à intervenir dans le processus de construction et de mise en œuvre de l'action publique dans le cadre d'une régulation conjointe⁷⁵. Cependant, la fragmentation des lieux de décision et la nature transversale des problèmes sociaux à traiter posent la question de la coordination de l'action publique dans le cadre d'une action collective.

Qu'il s'agisse des administrations qui, tout en restant sous l'autorité du pouvoir politique, reconstruisent maintenant leur action par le bas dans des rapports de plus en plus étroits avec leurs terrains d'action, ou bien des organismes du secteur privé qui sont partie prenante des recherches de solutions aux problèmes publics⁷⁶ ; on attend de ces acteurs la capacité à construire un cadre normatif (ou langage commun) à leur action afin de dépasser les logiques institutionnelles et sectorielles traditionnelles qui les mettent en concurrence. Mais, la présence d'acteurs publics et privés porteurs de logiques différentes génère des tensions qui nécessitent la recherche de mise en compatibilité de ces logiques dans un contexte où la médiation n'est souvent pas prévue. Ces acteurs tout en étant en situation de rapports horizontaux, disposent de ressources inégalement réparties (qu'il s'agisse des ressources financières, de légitimité ou bien encore de rapport de pouvoir), et sont porteurs de logiques d'action partiellement contradictoires, voire conflictuelles. On peut citer à titre d'exemple, les routines institutionnelles/organisationnelles qui préexistent à la mise en œuvre de l'action collective. Elles constituent pour les acteurs « un ensemble de ressources, répartissant des modes de qualification des situations sociales et de résolution des conflits »⁷⁷ qui conditionnent la manière dont ils abordent et traitent les problèmes auxquels ils sont confrontés. Ainsi, l'un des premiers exercices auxquels se livrent les différents acteurs amenés à collaborer est de confronter leurs diverses compréhensions du problème à traiter, rappeler leur champ de compétences, etc. Pour le dire autrement, chacun mesure le pouvoir dont il dispose et les chances qu'il a pour faire valoir son point de vue. C'est la raison pour laquelle la coconstruction de l'action publique nécessite une acti-

⁷⁵ J.-D. Reynaud, « Conflit et régulation sociale, esquisse d'une théorie de la régulation conjointe », *Revue française de sociologie*, avril-juin 1979, p. 367-376.

⁷⁶ *Ibid.*, P. Duran, 1999, chapitre 3.

⁷⁷ P. Lascoumes, « Normes juridiques et mise en œuvre des politiques publiques », *L'année sociologique*, Paris, PUF, Troisième série, Volume 40/1990.

vité de régulation. Cette dernière dépend de la capacité des acteurs à dépasser leurs propres intérêts et doit idéalement conduire à un processus de solution coopérative/conjointe⁷⁸. Cependant, alors que les mécanismes de régulation d'éventuels conflits, entre des acteurs dont les intérêts divergent, deviennent essentiels au maintien de l'action collective, il est rare que cette dimension soit prise en compte lors de la constitution d'une action collective. Si la collaboration d'acteurs privés et publics est jugée utile pour la bonne mise en œuvre d'une politique publique, la question de la régulation de leurs échanges ne fait pas l'objet d'une anticipation dans la constitution du partenariat.

➤ *Une conception hybride de l'action publique*

Les différents points évoqués, montrent comment d'un espace d'exécution des politiques nationales, le territoire est devenu le lieu d'ajustement (entre acteurs des secteurs privé et public) des politiques sociales et d'émergence et de formalisation de dispositifs spécifiques. On peut alors parler de conception hybride de l'action publique à la fois descendante et ascendante. Descendante dans le cas de la territorialisation de politiques définies au « niveau central » (Européen, national, régional, etc.). Ascendante dans le même espace, le territoire peut être le lieu à partir duquel les acteurs locaux s'organisent, à partir d'un diagnostic partagé, pour créer une stratégie de développement (projet de territoire)⁷⁹.

PROBLEMATIQUE GENERALE

Comme on vient de le voir, la recomposition de l'action publique a conduit à une fragmentation des lieux de décision et confère à la phase de mise en œuvre une place à l'interface de la conception des problèmes sociaux et de l'opérationnalisation de l'action publique. L'analyse des politiques publiques en mettant l'accent sur l'observation des résultats de l'action de l'État a montré qu'ils pouvaient être très différents de ceux attendus et que la phase de mise en œuvre constituait une séquence à part entière irréductible à la phase de décision et susceptible de modifier le contenu même de l'action publique⁸⁰. Ces travaux ont montré que « la mise en œuvre se dévoile comme une scène sur laquelle interviennent des acteurs qui ne restent ni neutres ni passifs »⁸¹. Ainsi, « le contenu d'une poli-

⁷⁸ J.-D. Reynaud, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, 1997 (3^{ème} éd), p. 13-19.

⁷⁹ Cette approche du territoire est légitimée par la loi d'orientation « Voynet » du 25 juin 1999 pour le développement du territoire, qui encourage les pouvoirs publics régionaux à l'établissement de contrats avec les acteurs des territoires sur leurs projets de développement.

⁸⁰ P. Muller, « Vers une sociologie de l'action publique », *Revue française de sciences politique*, Paris, Presses de Sciences Po, Vol. 50, n° 2, 2000, p. 191. Voir aussi, Y. Meny et J.-C. Thoenig, 1989, *op. cit.*, p. 233-286.

⁸¹ *Ibid.*, Y. Meny et J.-C. Thoenig, 1989, p. 243.

tique publique est autant conditionné par son exécution que par la décision »⁸². Par ailleurs, en s'ouvrant à de nouveaux acteurs (en particulier les associations) par la constitution de groupes ad hoc sur un territoire donné, et en les associant à la conduite de l'action publique – c'est-à-dire en reconnaissant aux acteurs locaux la capacité à structurer les problèmes et à construire des solutions appropriées sur un territoire donné –, ces politiques augmentent le risque de variations territoriales par le biais notamment de la nature des relations interinstitutionnelles existant, le rôle des leaders politiques, la mobilisation du secteur privé, etc.

On peut alors se demander : *Comment les dispositifs territorialisés, permettent – dans le cadre d'une action publique – d'organiser la cohérence d'actions à la fois nationales et locales, d'assurer la coordination entre les acteurs des secteurs public et privé, et d'opérer les ajustements nécessaires à la construction d'une vision commune du problème à traiter et des réponses à y apporter ?*

Cette question peut être transférée à la politique de l'emploi à destination des personnes handicapées. Ce transfert repose sur le caractère « ordinaire » de la politique de l'emploi à destination des personnes handicapées : en effet, même si cette politique est spécifique, le processus de mise en œuvre dont elle est l'objet relève de problèmes communs à l'ensemble de la mise en œuvre de toute politique publique (interprétation des textes, recherche de compromis entre acteurs impliqués au niveau local, jeux de pouvoir, etc.) Toutefois, avant de pouvoir formuler la problématique spécifique de cette thèse et les hypothèses qui lui sont associées, il est nécessaire de faire une présentation succincte de la politique d'emploi à destination des personnes handicapées.

La politique d'emploi à destination des personnes handicapées

➤ *Les outils⁸³ de la politique de l'emploi des personnes handicapées*

La politique de l'emploi à destination des personnes handicapées s'appuie sur des dispositifs différents : l'un est commun à l'ensemble des demandeurs d'emploi et dépend du droit commun, l'autre est spécifique et relève d'un dispositif exclusivement réservé aux personnes handicapées. Les « outils » à la disposition de l'État français pour réaliser l'insertion professionnelle des personnes handicapées sur le marché du travail sont les suivants :

⁸² B. Radin, *Implementation, Change, and the Federal Bureaucracy*, New-York, Teachers college Press, 1977, cité par Y. Meny et J.-C. Thoenig, 1989, *Ibid.*, p. 243.

⁸³ Terme utilisé dans le PNAE 2001.

1 - *Un cadre juridique qui inscrit la discrimination positive*, en particulier la loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, qui fait que le « le dispositif juridique français en matière d'emploi des personnes handicapées est fondé sur un principe de discrimination positive destinée à rétablir l'égalité des chances »⁸⁴. Ce dispositif repose notamment sur un quota d'emploi obligatoire (6 % des effectifs) concernant l'ensemble des entreprises de 20 salariés et plus, mais aussi la fonction publique et les EPA (même si certaines modalités sont différentes). Le caractère contraignant de l'obligation a pour contrepartie une grande souplesse dans les modalités d'exécution⁸⁵.

2 - *Le statut de public prioritaire* qui permet (depuis 1989) aux personnes handicapées de bénéficier d'un accès privilégié aux dispositifs de droit commun de la politique de l'emploi. Ils bénéficient ainsi de toutes les mesures publiques d'aide à l'emploi et à la formation professionnelle, au même titre que les autres publics les plus en difficulté : « au regard des aides et mesures de la politique de l'emploi, les travailleurs handicapés sont prioritaires, à l'égal des autres catégories de la population en difficulté d'accès à l'emploi (ex. : bénéficiaires du RMI, Chômeurs de très longue durée, etc.) »⁸⁶. Cela signifie qu'ils bénéficient de certaines dérogations (suppression de la condition de durée de chômage préalable ou dérogation d'âge) leur permettant d'accéder à l'ensemble des mesures de la politique de l'emploi. Cela signifie également qu'une attention particulière est portée à leur entrée dans certains dispositifs, notamment les contrats aidés.

3 - *La construction de parcours d'insertion* est posée comme moyen privilégié pour aménager l'accès en milieu ordinaire. Cette construction repose sur trois dispositifs : les Commissions techniques d'orientation professionnelle des travailleurs handicapés (COTOREP) ; un réseau d'organismes d'insertion ; et les Plans Départementaux d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH).

4 - L'utilisation par l'AGEFIPH⁸⁷ des contributions versées au titre de l'obligation d'emploi pour financer l'insertion des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail. Cet organisme, dont les objectifs sont définis par son conseil d'administration⁸⁸ et

⁸⁴ PNAE 2001, p. 77.

⁸⁵ Il y a quatre façons pour les entreprises de s'acquitter de l'obligation d'emploi : l'emploi direct ; la conclusion de contrats avec les organismes du milieu protégé ; les accords d'entreprise ; la contribution à un fonds de développement pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (AGEFIPH). Les contributions versées à cet organisme sont utilisées pour financer des actions ou des mesures favorisant l'insertion des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail.

⁸⁶ PNAE 2001, *op. cit.*, p. 77.

⁸⁷ L'AGEFIPH est une association nationale créée en 1988 et dotée d'une mission de service public. A ce titre elle perçoit et redistribue les cotisations perçues au titre de la loi du 10 juillet 1987.

⁸⁸ L'AGEFIPH est une structure paritaire comprenant quatre collèges : salariés, employeurs, associations et personnalités qualifiées. Son conseil d'administration est constitué de l'ensemble des partenaires impliqués dans la problématique de l'emploi des personnes handicapées : représentants des salariés, employeurs, associations et personnalités qualifiées.

approuvés par l'État, apparaît comme un outil important de la politique de l'emploi des personnes handicapées. Gestionnaire des contributions versées par les employeurs assujettis à l'obligation d'emploi, l'AGEFIPH a pour mission de gérer ces fonds pour « financer en retour des actions d'insertion des personnes handicapées exclusivement en milieu ordinaire de travail du secteur privé en favorisant l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées »⁸⁹. Les mesures du programme d'intervention de l'AGEFIPH peuvent être mobilisées simultanément ou séparément de façon à soutenir les parcours d'insertion professionnelle des personnes handicapées et appuyer les différentes initiatives des entreprises en faveur de leur emploi.

Parmi ces outils, les PDITH représentent un dispositif de la politique de l'emploi spécifique des personnes handicapées directement impliqué dans sa mise en œuvre. À ce titre, l'un d'eux (celui de la Gironde) a fait l'objet d'une observation visant à rendre compte de l'opérationnalisation au niveau local de la politique d'emploi à destination des personnes handicapées. Cette observation n'est pas sans soulever un certain nombre de questions.

➤ *Les Plans départementaux d'insertion des travailleurs handicapés, lieux de coconstruction de l'action publique...*

La politique de l'emploi à destination des personnes handicapées n'a pas échappé au mouvement de territorialisation de l'action publique. La mise en place PDITH dès 1991, participe de cette dynamique. Comme les Plans locaux d'insertion (PLI), les PDITH relèvent d'une politique constitutive, c'est-à-dire d'une politique qui crée le cadre à l'action publique en structurant les systèmes d'acteurs. Le PDITH constitue depuis 1991 le dispositif territorialisé destiné à traiter l'ensemble des problèmes d'insertion professionnelle que le public demandeur d'emploi handicapé rencontre. Le rôle des PDITH est de mobiliser au plus près du terrain, en s'appuyant sur les structures existantes, l'ensemble des partenaires concernés par l'insertion des travailleurs handicapés (associations, entreprises, partenaires sociaux, professionnels, SPE, services déconcentrés). Lieu de concertation et de partenariat, ils assument une triple fonction : ajuster les priorités nationales aux réalités locales ; assurer l'articulation entre dispositifs et acteurs de droit commun d'une part, dispositifs et acteurs spécialisés d'autre part ; et générer de l'innovation dans le traitement de l'insertion des personnes handicapées en fonction de problématiques locales particulières.

C'est au travers des PDITH que l'action collective a été institutionnalisée dans le traitement de l'emploi des personnes handicapées. Les PDITH instituent l'action collective comme référentiel d'action, et à travers elle l'obligation d'un partenariat. Ils sont un élé-

⁸⁹ PNAE 2001, *op. cit.*, p. 78.

ment essentiel au service de la politique d'emploi des personnes handicapées, mais comme on vient de le voir ils ne représentent qu'une partie des outils mobilisés pour répondre à l'objectif d'insertion en milieu ordinaire de la politique de l'emploi à destination des personnes handicapées.

➤ ...*Entre des acteurs plus ou moins puissants...*

Si l'objectif des PDITH est de permettre l'ajustement des priorités nationales aux réalités locales et d'assurer l'articulation entre dispositifs afin d'optimiser la construction des parcours d'insertion, les acteurs qui y participent doivent se mobiliser pour réaliser ces objectifs. La coordination⁹⁰ au niveau local entre les services déconcentrés de l'État et les organismes privés devient alors un enjeu important. Cependant, cet enjeu est partagé par des structures dont les ressources (en particulier leur légitimité et leur capacité à organiser leurs intérêts) sont inégalement réparties : se côtoient des organismes légitimés dans leur action par une inscription historique et dotés de compétences qui leur préserve un champ d'action (Direction départementale du travail et de la formation professionnelle – DDTEFP, Caisse régionale d'assurance maladie – CRAM, ANPE, AFPA, etc.) ; de petites structures offreurs de services aux ressources moindres et dans un rapport plus fort d'interdépendance – associations, organismes de formation et d'insertion ; et l'AGEFIPH, association conçue dans une logique paritaire en 1988 et ayant délégation de service public. Ce dernier organisme, occupe une place particulière dans les PDITH du fait de ses ressources (forte capacité financière et terrain d'intervention transversal complémentaire à l'action des autres organismes) : elle signe des conventions de collaboration, nationales ou locales, avec des organismes publics, des associations compétentes, des organisations syndicales ou encore des branches professionnelles. L'AGEFIPH est dans une position de force face à l'ensemble des acteurs présents dans un PDITH : qu'il s'agisse des services de l'État dont les possibilités d'interventions financières sont, au regard de ceux de l'AGEFIPH, moins importants, ou bien des petites structures dont la survie dépend de ses financements. Seules les organisations patronales semblent échapper à cette influence : leur participation au PDITH traduit un affichage de leur implication dans la politique d'insertion des personnes handicapées. Leur position de représentants des milieux économiques leur confère une position à part de celle des autres partenaires, ils ne sont pas demandeurs. Les organisations patronales sont consultées, informées, sollicitées, car ce sont les entreprises qui au final sont les destinataires de ce public.

⁹⁰ La coordination est entendue ici comme un ensemble de mécanismes plus ou moins contraignants qui tendent à organiser la convergence des interventions en vue d'objectifs communs, N. de Montricher, « La coopération au miroir des représentations », In *Les régions et la formation professionnelle*, s/dir. De T. Berthet, Paris, LGDJ, 1999, p.83-106.

➤ ... aux logiques différentes

Les différents acteurs impliqués dans un PDITH tout en étant en situation de rapports horizontaux disposent de ressources inégalement réparties et sont porteurs de logiques d'action partiellement contradictoires, voire conflictuelles. Les risques de mésententes au sein d'un PDITH sont nombreux et introduisent la question de la capacité des acteurs à dépasser leurs divergences – dans le but de servir l'intérêt des demandeurs d'emploi handicapés –, de structurer en commun les problèmes et à construire les solutions qui s'y rattachent. En effet, dans des conditions d'exercice où les metteurs en œuvre voient leur autonomie accrue, les risques de tensions vont en augmentant, chacun défendant à la faveur de la concertation et de ses marges de manœuvre sa propre logique. Ces divergences d'intérêts peuvent conduire à la ruine du partenariat si les tensions entre acteurs sont trop fortes, ou bien encore entraîner un glissement de l'action publique en déformant ses objectifs si un acteur (ou plusieurs dans le cadre d'une coalition) parvient à mobiliser les ressources suffisantes pour imposer sa représentation du problème.

➤ *La mise en œuvre de la politique de l'emploi des personnes handicapées, un objet délaissé par les chercheurs*

Si les PDITH font l'objet d'évaluations régulières, ils n'ont donné lieu qu'à très peu de travaux scientifiques : on relève une étude⁹¹ réalisée par le laboratoire de Sociologie du Changement des Institutions dirigé par R. Sainsaulieu qui, lors des *Journées partenaires*⁹² organisées par l'AGEFIPH en 1997, a suivi les ateliers d'échanges entre des représentants de différents PDITH. L'hypothèse centrale de cette étude est « que la réalité du partenariat et des contraintes locales différencient profondément les départements selon leur taille et leur 'densité institutionnelle' »⁹³. Cette étude apporte des éléments de compréhension sur un certain nombre de problèmes que rencontre l'ensemble des PDITH : l'évolution et la diversification du public des travailleurs handicapés, la coordination fonctionnelle entre opérateurs, la contractualisation et l'évaluation de certains des organismes intervenant dans l'insertion de ce public, et la coordination générale du réseau au niveau local. Elle aborde les dynamiques sociales du développement du réseau des organismes d'insertion de ce public à travers les dynamiques de professionnalisation des opérationnels de l'insertion ; de la confrontation et le rapprochement entre acteurs d'horizon organisationnels différents, et le problème d'institutionnalisation du partenariat au niveau local. Si cette étude constitue un

⁹¹ M. Uhalde, F. Traversaz, I. Francfort, R. Sainsaulieu, « Journées partenaires 1997 – Analyse sociologique », Paris, CNRS, laboratoire de sociologie du changement des institutions, doc. de 40 p. photocopié, 1998.

⁹² Ces journées se sont déroulées en deux temps (les 2 et 3 octobre à Bagnex ; les 20 et 21 novembre à Lyon), elles réunissaient les partenaires impliqués au sein des PDITH dans des ateliers autour de problématiques : population en insertion ; marché du travail ; parcours d'insertion.

⁹³ M. Uhalde *et alii*, 1998, *op. cit.*, p.1.

premier état des lieux du fonctionnement des PDITH et de certains problèmes rencontrés el leur sein, elle n'apporte que peu d'informations sur la façon dont les acteurs présents dans les PDITH opérationnalisent la politique nationale en faveur de l'emploi des personnes handicapées.

Dans le même temps, si les travaux traitant de façon globale l'insertion des personnes handicapées sont un peu plus nombreux, le dispositif territorialisé d'insertion des personnes handicapées (PDITH) n'est jamais analysé comme un système d'action concret⁹⁴ à partir duquel les metteurs en œuvre s'approprient les procédures techniques et administratives, réinterprètent les orientations gouvernementales et gèrent les conflits d'intérêts qui peuvent naître. Bref, on ne dispose que de peu d'informations sur la manière dont sont localement traduites les orientations gouvernementales concernant l'emploi des personnes handicapées⁹⁵.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

L'une des questions qui se pose est de savoir comment garantir une mise en œuvre territorialisée en adéquation avec les orientations nationales ? En effet, comme on l'a vu précédemment, le changement de mode d'action de l'État, s'accompagne d'une nouvelle façon de concevoir l'intervention publique dans laquelle la régulation entre acteurs des secteurs privé et public constitue un enjeu important. Cette régulation est d'autant plus importante que la mise en œuvre des politiques publiques s'accompagne d'une augmentation de l'autonomie des acteurs impliqués et pose la question des risques de distorsion d'une politique publique entre son énonciation et sa mise en œuvre. Si personne ne s'accorde sur la définition des problèmes⁹⁶ à résoudre (parce qu'il n'y a jamais consensus sur la chaîne causale qui produit le symptôme que l'on veut traiter) on peut alors se demander comment l'État parvient à avoir la garantie que les systèmes d'acteurs locaux ne vont pas infléchir de façon excessive les contours de politiques publiques définies nationalement ?

Dans le cas de la politique d'emploi des personnes handicapées – qui regroupe à la fois les secteurs de la santé, de l'éducation, de la formation et de l'emploi – les services déconcentrés de l'État, pris dans des logiques de sauvegarde reproductrice, et dans

⁹⁴ « Nous pouvons donc définir finalement un système d'action concret comme un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux », in M. Crozier, E. Friedberg, *L'acteur et le système*, Paris, Ed. du Seuil, coll. Points politique, 1977, p. 246.

⁹⁵ Alors que la formation initiale et de façon générale les problématiques liées aux jeunes handicapés ont généré de nombreux travaux.

⁹⁶ cf. J.G. Padioleau, *l'État au concret*, Paris, PUF, 1982.

l'affirmation de leur légitimité en termes de capacité d'intervention, ne constituent pas nécessairement la ressource la plus adéquate pour garantir le maintien des orientations définies nationalement. Dans ces conditions, on peut se demander : *Comment le dispositif territorialisé qu'est le PDITH, permet d'organiser la cohérence d'actions à la fois nationales et locales, d'assurer la coordination entre les acteurs des secteurs public et privé, et d'opérer les ajustements nécessaires à la construction d'une vision commune du problème autour des enjeux liés à l'insertion des personnes handicapées ?*

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour amener des éléments de réponse à cette question :

Une **première hypothèse** vise à rendre compte des modalités d'une action publique à travers l'action collective et à pour objectif de répondre à la question : Comment s'organise l'action publique dans le cadre des PDITH alors que les différents acteurs impliqués ne disposent pas des mêmes ressources pour faire valoir leur point de vue ? On fait ici l'hypothèse que, *du fait de l'asymétrie des ressources des acteurs – et en particulier la position de relative faiblesse des services déconcentrés – c'est l'AGEFIPH qui a la plus grande capacité d'infléchir les décisions prises en comité de pilotage.*

Une **seconde hypothèse** se réfère aux transformations de l'action publique et à la re-composition des services d'État. En d'autres termes, comment l'État qui, du fait de la déconcentration, n'agit plus uniquement à partir de son centre mais aussi depuis sa périphérie, fait-il pour « garder la mainmise » dans des dispositifs territorialisés et s'assurer de la cohérence et de la continuité de son action ? L'hypothèse est faite selon laquelle, *pour garantir la continuité de son action, l'État utilise comme une ressource la dissociation des volets spécifique et droit commun de la politique de l'emploi.* En modifiant la configuration des jeux d'acteurs et en accordant une place importante à l'AGEFIPH au sein des PDITH, l'État a introduit à une place centrale un acteur porteur d'une culture managériale nettement orientée vers l'emploi. Ceci lui permet « d'utiliser » l'autonomie et la souplesse dont dispose l'AGEFIPH pour impulser du changement dans les dispositifs spécifiquement dédiés aux personnes handicapées et dans le même temps de renforcer la continuité de son action sur la politique de l'emploi de droit commun vers les publics en difficulté.

Enfin, une **troisième hypothèse** interroge les capacités adaptatives des dispositifs d'action publique. L'hypothèse faite ici est que *l'évolution de l'action publique dépend aussi des apprentissages que les acteurs présents dans le PDITH vont réaliser.* En d'autres termes, on doit pouvoir mettre en évidence une convergence des représentations et des solutions à apporter au problème de l'insertion des personnes handicapées (discours plus homogène des différents acteurs, connaissances partagée, etc.) portées par les différents acteurs présents dans les PDITH.

APPROCHE ADOPTÉE

➤ *Un modèle pédagogique comme point de départ*

Comme le rappellent P. Muller et Y. Surel, « une politique publique est un construit social et un construit de recherche »⁹⁷, ce qui signifie qu'en tant qu'objet particulier, les politiques publiques posent des problèmes d'identification (les contours d'une politique publique sont toujours susceptibles d'être remis en question) et d'interprétation.

L'approche séquentielle de C.O. Jones⁹⁸ propose un cadre d'analyse daté, certes critiqué, mais utilisé ici momentanément car il a valeur pédagogique pour rendre compte de l'agencement d'une politique publique. Il propose une lecture des politiques publiques par un découpage en différentes séquences d'action « qui correspondent à la fois à une description de la réalité et à la fabrication d'un type idéal de l'action publique »⁹⁹. La présentation qui en est faite ici a valeur d'illustration, il s'agit de donner au lecteur une lecture facilement compréhensible des composants d'une politique publique.

1. *L'identification du problème ou mise sur agenda* – Phase où le problème est intégré dans le travail gouvernemental. A cette phase sont associés des processus de perception du problème, de définition, d'agrégation des différents événements ou problèmes, d'organisation de structures, de représentation des intérêts et de définition de l'agenda.
2. *Le développement du programme* – Phase de traitement proprement dit du problème. Elle recouvre la recherche d'objectifs adaptés au problème perçu (processus de formulation) et de légitimation (acquisition d'un accord politique).
3. *La mise en œuvre du programme* – Phase d'application des décisions. Elle comprend l'organisation des moyens à mettre en œuvre, l'interprétation des directives gouvernementales et leur application proprement dite.
4. *L'évaluation du programme* – Phase pré-terminale de mise en perspective des résultats du programme. Elle consiste à s'interroger sur l'impact du programme.
5. *La terminaison du programme* – Phase de clôture de l'action (ou de mise en place d'une nouvelle action) et qui suppose la résolution du problème.

⁹⁷ P. Muller et Y. Surel, *L'analyse des politiques publiques*, Paris, Montchrestien, Clefs politique, 1998, p. 14.

⁹⁸ C. O Jones, 1970, *An introduction to the study organisme de formation public policy*, Belmont, Duxbury Press, politique publique. 230-231. Le descriptif dont est tiré le tableau vient d'une présentation en français de cette grille in : P. Muller et Y. Surel, 1998, *op. cit.*, p. 28-32 ; P. Muller, 1990, *op. cit.*, p. 29-34 ; Y. Meny, J.-C. Thoenig, *Politiques publiques*, Paris, PUF, Thémis science politique, 1989, p. 153-157.

⁹⁹ P. Muller et Y. Surel, 1998, *op. cit.*, p. 28.

Dans ce modèle, à chaque phase est attaché un système d'action spécifique, des acteurs et des relations, des enjeux et des structures sociales. Cette approche comporte des avantages et des inconvénients : « elle propose un cadre suffisamment général pour rendre compte de toute politique publique »¹⁰⁰ ; elle permet une analyse de la décision « comme un processus dont les déterminations sont à rechercher, au moins pour partie, au delà de la sphère de compétence juridique des décideurs publics. »¹⁰¹ Cependant, l'approche séquentielle a comme inconvénient de donner une vision linéaire du déroulement de l'action publique dont l'objectif est d'apporter des solutions. Cette approche conduit à mettre à jour « l'existence d'une norme ou d'un objectif central qui sera décliné par les échelons inférieurs de l'administration »¹⁰². L'accent est mis sur le rôle de l'autorité centrale dans la définition des problèmes et minimise le rôle de la mise en œuvre¹⁰³. La programmation s'effectue au niveau de l'État central, les procédures d'intervention sont standardisées et appliquées de façon uniforme sur l'ensemble du territoire. En cela, elle s'inscrit dans le modèle wébérien de la bureaucratie, c'est à dire un modèle d'organisation hiérarchisé dans lequel l'autorité s'appuie sur la rationalité des décisions, « dans cette forme d'organisation, qu'elle soit une entreprise ou une bureaucratie de l'État, les règles sont impersonnelles, transparentes et applicables à tous, permettant précision, rapidité et efficacité. »¹⁰⁴

Ce modèle renvoie à une analyse de la mise en œuvre « liée à une dimension top-down de l'action publique caractéristique des politiques de production et de distribution de services propres à l'État providence. »¹⁰⁵ L'approche top-down offre une compréhension du fonctionnement de l'État dans lequel l'univers politique et le monde administratif constituent deux domaines radicalement distincts de l'activité publique : dans cette optique, il existe une séparation nette entre la conception d'une politique et sa mise en œuvre¹⁰⁶. Ce type d'approche rend bien compte de l'ordonnancement prévu dans la charte de déconcentration à partir duquel le niveau national conçoit les politiques, le niveau régional en assure l'animation et le niveau départemental la mise en œuvre. Cependant, elle ne rend pas compte du travail de réinterprétation et de réappropriation qui peut se produire dans les autres phases, en particulier au moment de la mise en œuvre. Si l'approche top-down permet de rendre compte de la succession des étapes conduisant à la mise en œuvre, elle ne permet pas de mettre à jour la façon dont les acteurs s'approprient les politiques publiques.

¹⁰⁰ *Ibid.*, P. Muller et Y. Surel, 1998, p. 29.

¹⁰¹ *Ibid.*, P. Muller et Y. Surel, 1998, p. 29.

¹⁰² P. Duran, 1999, *op. cit.*, p. 41.

¹⁰³ Y. Meny, J.-C. Thoenig, 1989, *op. cit.*, p. 234.

¹⁰⁴ J.-F. Dortier, J.-C. Ruano-Borbalan, « les théories de l'organisation, un continent éclaté ? », in *Les organisations, État des savoirs*, Auxerre, Ed. Sciences Humaines, 1999, p. 25-29.

¹⁰⁵ P. Duran, 1999, *op. cit.*, p. 41.

¹⁰⁶ Y. Meny, J.-C. Thoenig, 1989, *op. cit.*, p. 234-236.

Elle n'est pas suffisante pour permettre l'analyse de politiques dont la mise en œuvre territorialisée ne se résume pas à la seule action de l'État.

➤ *L'apport de l'analyse des politiques publiques dans la compréhension de l'action publique*

La théorie de la mise en œuvre initiée au début des années 1970 par les politologues d'Amérique du Nord est, dès la fin des années 1970, introduite dans les analyses françaises¹⁰⁷. À partir des années 1970, une littérature scientifique spécialisée s'empare progressivement du thème de la mise en œuvre et met en évidence la façon dont les politiques publiques sont l'objet de négociations non seulement au moment de leur élaboration, mais aussi lors de leur mise en œuvre : les politiques publiques sont réappropriées et réinvesties par les acteurs de terrain.

En France, le développement du courant de l'analyse des politiques publiques, en entendant saisir l'État à partir de son action, a permis de montrer que « la sphère de la représentation politique ne constitue que l'une des dimensions – certes très importante – permettant de comprendre les décisions en matière de politique publique »¹⁰⁸. En accordant une place plus large à des conceptualisations fondées sur les notions de « réseau d'acteurs », de « systèmes de croyances » ou « d'univers cognitifs »¹⁰⁹, l'analyse des politiques publiques a contribué à observer l'État par le bas et en détail plutôt que de le saisir par le haut et en bloc¹¹⁰. Les analystes des politiques publiques ont développé des analyses visant à mettre à jour des aspects particuliers de la détermination des politiques publiques. Parmi ces approches, celle développée par M. Crozier et E. Friedberg insiste sur les logiques organisationnelles et leur poids dans les politiques publiques. Ils ont montré que l'intérêt principal des organisations est la pérennisation de leur existence et le maintien de leur pouvoir d'influence. Selon cette approche, la formulation et la mise en œuvre des politiques publiques reposant sur des organisations (ministères, collectivités locales, secteur privé, services déconcentrés, etc.), sont dépendantes des logiques propres à ces organisations. Cette analyse met en avant le rôle déterminant des fonctionnaires et des « street level bureaucrats » dans les mécanismes d'interprétation de la règle.

Dans ce cadre analytique, une politique publique « se présente comme un programme d'action gouvernementale dans un secteur de la société ou un espace géographique : la santé, la sécurité, les travailleurs immigrés, la ville de Paris, la Communauté Européenne,

¹⁰⁷ *Ibid.*, Y. Meny, J.-C. Thoenig, 1989, p. 246.

¹⁰⁸ P. Muller, 2000, *op. cit.*, p. 190-191.

¹⁰⁹ Y. Surel, « Les politiques publiques comme paradigme », in A. Faure *et alii*, *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel*, Paris, L'Harmattan, Logiques politiques, 1995, p. 125.

¹¹⁰ P. Muller, 2000, *op. cit.*, p. 192.

l'Océan Pacifique, etc. »¹¹¹. Cette définition peut être développée en ajoutant qu'« une politique publique constitue un cadre normatif d'action ; elle combine des éléments de puissance publique et des éléments d'expertise ; elle tend à constituer un ordre local. »¹¹² Le *cadre normatif* d'une politique publique renvoie à l'ensemble des mesures concrètes qui lui sont rattachées : ressources financières, cognitives¹¹³, réglementaires. Ce cadre général d'action ou programme d'action gouvernementale fonctionne comme une structure de sens ce qui signifie que « toute politique se définira d'abord comme un ensemble de buts à atteindre »¹¹⁴, ces buts pouvant être plus ou moins explicites, flous, voire ambigus¹¹⁵. La *puissance publique* est à considérer du point de vue du développement des interventions de l'État dans la société civile et des relations dissymétriques qui en découlent. Dans cette optique, toute politique prend la forme d'un espace de relations inter organisationnelles qui dépassent la vision strictement juridique que l'on pourrait avoir.

Si le rôle des médiateurs¹¹⁶ et de l'élite dirigeante dans la fabrication des politiques publiques ne fait pas de doute, l'analyse des politiques publiques a mis en évidence celui des « metteurs en œuvre » c'est à dire les acteurs chargés de l'exécution. Reprenant la distinction qu'établit Mayntz, Y. Meny et J.-C. Thoenig¹¹⁷ soulignent l'importance dans l'analyse de la mise en œuvre d'en confronter les deux dimensions que sont la structure et le processus de mise en œuvre.

- Le *processus* désigne la théorie d'action ou la prescription : la manière dont l'autorité publique mandatée ou le décideur perçoit, définit, fixe la mise en œuvre, les dispositions contenues ou inférées par la politique (problèmes à traiter, critères à atteindre, procédures dont le décideur dote la mise en œuvre pour faire passer le changement). Un processus recouvre donc un champ social voulu, attendu ou projeté.

¹¹¹ Y. Meny, J.-C. Thoenig, 1989, *op. cit.*, p. 130-131.

¹¹² P. Muller et Y. Surel, 1998, *op. cit.*, p. 16.

¹¹³ « Sont cognitives les activités mentales de perception, de mémoire, de représentation par l'intermédiaire desquelles les acteurs sociaux enregistrent, élaborent, transforment, utilisent, réactualisent les stimuli présents dans un contexte d'action ». J.-G. Padioleau, *L'ordre social – Principes d'analyse sociologique*, L'Harmattan, Logiques sociales, 1986, p. 48.

¹¹⁴ P. Muller et Y. Surel, 1998, *op. cit.*, p. 19.

¹¹⁵ *Ibid.*, P. Muller et Y. Surel, 1998, p. 19.

¹¹⁶ Selon P. Muller « on appellera médiateurs les agents qui réalisent une construction du référentiel d'une politique, c'est-à-dire la création d'images cognitives déterminant la perception du problème par les groupes en présence et la définition de solutions appropriées. (...) Les médiateurs occupent une position stratégique dans le système de décision dans la mesure où ce sont eux qui formulent le cadre intellectuel au sein duquel se déroulent les négociations, les conflits ou les alliances qui conduisent à la décision », *Les politiques publiques*, Paris, PUF, Que sais-je ?, 1994 – (1^{ère} éd. 1990), p. 50.

¹¹⁷ Y. Meny, J.-C. Thoenig, *op. cit.*, p. 249-286.

- La *structure* quant à elle désigne le système d'action lorsque la mise en œuvre est entrée effectivement sur l'opérationnalisation. Elle s'intéresse aux metteurs en œuvre « qui vont conditionner le contenu réel des problèmes à traiter »¹¹⁸.

Les études réalisées montrent l'intérêt de confronter ces deux dimensions dans la mesure où l'on observe des écarts entre la dimension prescriptive et son opérationnalisation. Le décalage observé s'explique en partie par les processus de réappropriation dont les politiques publiques sont l'objet par les acteurs de terrain, qui ont au final la capacité à infléchir le profil général d'une politique publique.

Comme le souligne P. Muller « cette approche inductive¹¹⁹ repose fondamentalement sur l'idée que c'est à partir de l'observation des acteurs et des stratégies qu'ils mettent en œuvre que l'on va pouvoir analyser la société globale, qui n'existe qu'à partir du moment où elle s'actualise dans des stratégies d'acteurs concrets »¹²⁰. Cependant, si cette approche est riche « elle ne permet pas de comprendre comment l'acteur est à la fois contraint par le global tout en étant acteur de ce global. »¹²¹

➤ *L'apport de l'analyse cognitive des politiques publiques*

L'approche cognitive des politiques publiques, a formulé différemment la question de l'action publique en tentant de préserver les acquis de l'approche par les acteurs tout en intégrant le caractère irréductible de la dimension globale. Cette approche considère que « les intérêts mis en jeu dans les politiques publiques ne s'expriment qu'à travers la production des cadres d'interprétation du monde. »¹²² Selon cette approche, les politiques publiques sont des espaces de sens pour l'action des acteurs (metteurs en œuvre, bénéficiaires, etc.) « au sein desquels les différents acteurs concernés vont construire et exprimer un 'rapport au monde' qui renvoie à la manière dont ils perçoivent le réel, leur place dans le monde et ce que le monde devrait être. »¹²³ Ainsi, « faire une politique publique ce n'est donc pas résoudre un problème, mais construire une nouvelle représentation des problèmes qui met en place les conditions socio-politiques de leur traitement par la société et structure par la même l'action de l'État. »¹²⁴

¹¹⁸ P. Duran, 1999, *op. cit.*, p. 41.

¹¹⁹ cf. E. Friedberg, *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, Paris, Le Seuil, 1993, p. 294 et sv.

¹²⁰ P. Muller, 2000, *op. cit.*, p. 192.

¹²¹ *Ibid.*, P. Muller, 2000, p. 193.

¹²² *Ibid.*, P. Muller, 2000, p. 193.

¹²³ *Ibid.*, P. Muller, 2000, p. 195.

¹²⁴ P. Muller et Y. Surel, 1998, *op. cit.*, p. 31.

Ainsi, si l'on se range du côté des analyses des politiques publiques les considérant comme des réponses aux représentations que l'on se forge des phénomènes sur lesquels on veut agir, il est alors pertinent de s'attarder les représentations dominantes successives qui ont jalonné la prise en charge du handicap car elles ont participé au traitement du problème de l'insertion professionnelle des personnes handicapées. En d'autres termes, il est difficilement possible de comprendre les différentes inflexions de la politique de l'emploi à destination des personnes handicapées sans faire référence au système de représentations et de croyances relatives au chômage de ce public et à ses causes.

Le modèle proposé par B. Jobert et M. Muller propose une lecture dans laquelle les politiques publiques ont pour caractéristique de construire une nouvelle représentation des problèmes, c'est à dire de construire et de « transformer des 'espaces de sens' au sein desquels les acteurs vont poser et (re-)définir leurs 'problèmes', et 'tester' en définitive les solutions qu'ils favorisent. »¹²⁵ Ces espaces de sens sont de nature cognitive, ils renvoient à la façon dont les acteurs perçoivent le monde et formulent les réponses qu'ils apportent¹²⁶. L'intervention publique dans un secteur donné serait donc dépendante de la représentation que s'en font les acteurs concernés. En d'autres termes, « élaborer une politique publique, revient à construire une représentation, une image de la réalité sur laquelle on veut intervenir »¹²⁷. Il s'agit là d'un travail d'ordre cognitif dans lequel la capacité à élaborer une représentation du problème qui permette de mettre en cohérence des éléments hétérogènes est primordiale. Cette structure de sens, appelée « référentiel¹²⁸ » renvoie à un ensemble d'images à partir duquel les acteurs vont « organiser leur perception du système, confronter leurs solutions et définir leurs propositions »¹²⁹. Le référentiel se définit comme « l'ensemble des normes ou images de références en fonction desquels sont définis les critères de l'intervention de l'État », il « est constitué d'un ensemble de normes prescriptives qui donnent un sens à un programme politique en définissant des critères de choix et des modes de désignations d'objectifs »¹³⁰. Il s'agit à la fois d'un processus cognitif fondant un diagnostic et permettant de comprendre le réel en limitant sa complexité, et d'un processus prescriptif permettant d'agir sur le réel¹³¹.

¹²⁵ *Ibid.*, P. Muller et Y. Surel, 1998, p. 31.

¹²⁶ P. Muller, 1994, *op. cit.*, p. 39.

¹²⁷ *Ibid.*, Muller, 1994, p. 42.

¹²⁸ P. Muller utilise le terme de « référentiel » pour nommer cette structure de sens par analogie avec le concept mathématique désignant un ensemble d'éléments constituant un système de référence. P. Muller, 1995, « les politiques publiques comme construction d'un rapport au monde », in A. Faure *et alii*, 1995, *op. cit.*, p. 155.

¹²⁹ P. Muller, 1994, *op. cit.*, p. 42.

¹³⁰ *Ibid.*, Muller, 1994, p. 43.

¹³¹ P. Muller, « référentiel », *Dictionnaire des politiques publiques*, Mayenne, Presses de la fondation nationale de sciences politiques, 2004, p. 371.

Comme l'indique P. Muller¹³², l'élaboration du référentiel d'une politique correspond à un double processus :

- Une opération de décodage du réel grâce à l'intervention d'opérateurs intellectuels qui permet de diminuer l'opacité du monde en définissant de nouveaux *points d'appuis pour agir*.
- Une opération de recodage du réel à travers la définition de modes opératoires susceptibles de définir un programme d'action.

En tant que structure de sens, le référentiel articule quatre niveaux de perception du monde qui doivent être distingués mais dont les liens sont évidents : des valeurs, des normes, des algorithmes et des images¹³³.

- Les valeurs sont les représentations les plus fondamentales sur ce qui est bien ou mal, désirables ou à rejeter. Elles définissent un cadre global de l'action publique. Le débat actuel équité vs égalité est typiquement un débat au niveau des valeurs, comme pouvaient l'être les débats sur la « croissance » ou le rôle de la paysannerie.
- Les normes définissent des écarts entre le réel perçu et le réel souhaité. Elles définissent des principes d'action plus que des valeurs : « l'agriculture doit se moderniser » ; « il faut diminuer les coûts des dépenses de santé ».
- Les algorithmes sont des relations causales qui expriment une théorie de l'action. ils peuvent être exprimés sous la forme « si...alors » : « si le gouvernement laisse filer la monnaie, alors les entreprises gagneront en compétitivité »
- L'importance des images, enfin, ne doit en aucun cas être sous-estimée. En effet, les images (« le jeune agriculteur dynamique et modernisé » ; « Airbus plus fort que Boeing ») sont de remarquables vecteurs implicites de valeurs, de normes ou même d'algorithmes. Elles font sens immédiatement sans passer par un long détour discursif. De ce point de vue, elles constituent un élément central du référentiel.

La mise en évidence de ces opérations l'identification d'un ou des référentiel(s) relève d'une construction à posteriori élaborée par le chercheur. L'intérêt d'utiliser ce type d'approche est de pouvoir mettre en évidence le processus de construction d'un référentiel (production de sens) aussi bien dans la phase de décision que dans celle de mise en œuvre. L'analyse de cette dernière conduit automatiquement à inscrire l'analyse dans une approche séquentielle tout en prenant en compte les limites de l'application systématique et ri-

¹³² *Ibid.*, Muller, 1994, p. 43-46.

¹³³ P. Muller, 1995, *op. cit.*, p. 155.

guide d'une telle démarche, en particulier sur l'enchaînement des séquences. C'est la démarche adoptée dans ce travail pour mettre à jour l'évolution de la politique d'emploi à destination des personnes handicapées.

METHODOLOGIE

Recueil d'informations

➤ *Entretiens semi directifs*

Le recueil d'informations s'est fait à partir d'entretiens semi directifs (voir annexe 1) auprès d'acteurs représentant les niveaux national, régional et départemental¹³⁴ (pour ces deux derniers niveaux territoriaux, deux séries d'entretiens à 3 ans d'intervalle ont été conduits). Ce mode de recueil comporte des contraintes particulières :

La dimension diachronique interrogée dans le questionnaire soulève à elle seule un certain nombre de problèmes. Interroger à un moment « t » les acteurs de la mise en œuvre de la politique d'insertion des personnes handicapées, c'est s'exposer à une forme d'amnésie institutionnelle : les nouveaux dispositifs tendent à effacer la trace des anciens dans leur mémoire ; c'est rencontrer des personnes qui n'étaient pas nécessairement à ce poste dans le passé et dont le témoignage comporte des scotomes : les différents organismes rencontrés ne sont pas exempts d'un turn-over qui affecte de manière globale les services et la mémoire institutionnelle de leurs agents. Les interlocuteurs n'étaient pas tous à leur poste actuel (géographiquement et/ou hiérarchiquement) durant la période enquêtée. Toutefois, les intervenants ont pu éclairer cette recherche en s'appuyant sur leur pratique actuelle ou sur l'expérience acquise dans d'autres régions ;

Enfin, recueillir un discours sur le passé c'est accepter qu'il soit décrit et évalué au regard du présent de sorte qu'il tende à devenir un récit où les dispositifs sont perçus comme des étapes, des avancées ou des reculs par rapport à une *intrigue générale* reconstruite en fonction du présent. Ces entretiens n'ont pas fait l'objet d'un traitement particulier, des extraits sont insérés dans le corps du texte pour illustrer la vision que les acteurs ont donné de la politique d'emploi à destination des personnes handicapées. Il faut souligner que pour des raisons de confidentialité souhaitée par deux opérateurs de terrains rencontrés qui ne souhaitaient pas être cités, leurs interventions n'apparaissent pas. Le choix a été fait de reformuler les propos de l'ensemble de opérateurs de l'insertion pour leur garantir l'anonymat.

¹³⁴ Voir liste des entretiens annexe 1.

C'est par conséquent un discours sur le passé, construit en fonction du présent par les personnes interrogées, qui constitue l'un des matériaux de ce travail. Toutefois, afin d'atténuer les distorsions que contiennent ces informations, on s'est efforcé de les remettre dans leur contexte socio-politique. Bien qu'artificielle, cette façon de procéder reste l'une des plus « maniable » pour corriger un tant soit peu des informations réunies à partir d'entretiens qui interrogent la dimension diachronique du champ de l'insertion des personnes handicapées.

➤ *Analyse documentaire*

Une autre partie des informations est issue de l'analyse des textes officiels (lois et décrets d'applications), circulaires, notes d'information, débats parlementaires, etc. en lien avec les questions relatives avec l'insertion des personnes handicapées.

➤ *Population étudiée dans le cadre de ce travail*

Cette thèse n'aborde que le versant de l'insertion professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire de production et plus particulièrement le public pris en charge par les PDITH. Cette population est minoritaire par rapport à l'ensemble des personnes handicapées dont on ne connaît à ce jour qu'une approximation¹³⁵. S'il n'y a pas de réponse unique à la question « Combien y a-t-il de personnes handicapées en France ? », les enquêtes Handicap Incapacité Dépendance menées entre 1999 et 2001 par l'INSEE et les exploitations qui en sont issues apportent cependant un assez bon éclairage sur la population handicapée. Quatre personnes sur dix, soit plus de 20 millions de personnes, dans la population française déclarent au moins une déficience. Parmi les personnes vivant à domicile, 21 % déclarent au moins une incapacité, 10 % une limitation d'activité, 9 % un recours à une aide humaine régulière. Enfin, 8 % bénéficie d'une reconnaissance administrative d'un handicap et 4 % d'une allocation, pension ou autre revenu en raison de problèmes de santé¹³⁶.

Ainsi, la population handicapée dont il est fait référence dans ce travail est constituée par les demandeurs d'emploi handicapés. En 2004 ils représentaient 7,5 % (258 140 travailleurs handicapés) des 3 463 377 personnes inscrites à l'ANPE dans les mêmes catégories de demande d'emploi¹³⁷.

¹³⁵ Pour plus d'informations voir Partie 1 chap. 5 sur le problème méthodologique des définitions du handicap.

¹³⁶ Voir à ce propos l'article de P. Mormiche & Groupe de Projet HID – INSEE, « Le handicap se conjugue au pluriel », *Insee Première* n°742, octobre 2000.

¹³⁷ AGEFIPH, 2005, *op. cit.*, p. 70.

PLAN DE THESE

La **première partie**, vise à rendre compte des conceptions historiques qui ont influencé les formes de prise en charge du handicap en France. Cette lecture vise à montrer le poids des idéologies dans la détermination des politiques publiques. On s'est s'attaché a retracer la façon dont s'est historiquement structurée la question de l'insertion professionnelle des personnes handicapées ; la constitution des différents groupes d'intérêts, les différentes phases qui ont conduit à la constitution du champ du handicap et l'incidence de l'évolution des représentations du processus handicapant sur l'orientation des politiques publiques.

La **seconde partie** quant à elle couvre la période 1970-2004, elle rend compte des évolutions de la politique de l'emploi sur cette période et des liens existant entre politique de droit commun et politique spécifiquement dédiée aux personnes handicapées. La fin de cette seconde partie aborde le processus d'insertion professionnelle des personnes handicapées et la mise en œuvre localisée de la politique d'insertion des personnes handicapées à travers l'analyse de 10 ans de mise en œuvre du PDITH de la Gironde (1991-2001).

UN TRAVAIL AUX MARGES DES SCIENCES DE L'EDUCATION ?

Plusieurs travaux ont montré l'intérêt d'ajouter aux disciplines traditionnellement associées aux Sciences de l'éducation (la sociologie et la psychologie) la science politique. On peut citer à titre d'exemple sur le thème de l'école et le territoire les travaux de B. Charlot¹³⁸ et ceux d'A. Henriot Van Zanten¹³⁹. Plusieurs arguments justifient l'adjonction de la science politique aux analyses faites en sciences de l'éducation :

Le premier est lié à la dimension transversale et interdisciplinaire des sciences de l'éducation et des sciences politiques qui ont pour objet la compréhension des pratiques sociales. Les chercheurs en sciences de l'éducation sont amenés à travailler inévitablement sur des situations, des activités et des publics qui prennent sens dans un contexte socio-politique, et ce dernier a connu de profondes modifications avec les lois de décentralisation. En effet, si les lois de 1982 ont poursuivi une tendance déjà marquée vers un assouplissement du centralisme caractéristique du système français¹⁴⁰, il n'en demeure pas moins qu'elles constituent un point de rupture dans le système politico-administratif français. Il semblait dès lors difficile aux enseignants chercheurs en sciences de l'éducation d'ignorer

¹³⁸ B. Charlot, *L'école et le territoire, nouveaux espaces, nouveaux enjeux*, Paris, Armand Colin, bibliothèque européenne et sciences de l'éducation, 1994.

¹³⁹ A. Henriot Van Zanten, *L'école et l'espace local. Les enjeux des zones d'éducation prioritaires*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1990.

¹⁴⁰ A. Mabileau, 1994, *op. cit.*, p. 35-37.

certaines apports des sciences politiques. C'est ainsi que dès 1985, A. Jeannel¹⁴¹ prend en considération dans ses travaux les effets de la décentralisation et des recompositions de l'action publique dans le champ des politiques sociales en soulignant leur articulation à des champs de pratiques¹⁴². Dans la même logique, les dernières thèses soutenues en sciences de l'éducation¹⁴³ font toutes références au changement d'action publique en tenant compte dans leur analyse des transformations qui en découlent – les principales étant les redistributions territoriales et d'affectation de ressources, la modification des systèmes d'acteurs et l'individualisation croissante des dispositifs d'action. L'option prise ici d'une lecture en grande partie empruntée à l'analyse des politiques publiques tient aux apports que cette dernière peut faire en sciences de l'éducation. À l'heure où l'État réorganise son action autour d'une territorialisation accrue de ses dispositifs, glissant progressivement d'un système centralisé vers un système polycentrique, et reconnaît aux acteurs locaux la capacité de structurer les problèmes et trouver des solutions, il semble pertinent de s'interroger sur la façon dont ils procèdent.

On peut ajouter que la tentative de mettre à jour l'intelligibilité de situations sociales ne se fait pas sur le mode de l'évidence, elle est par nature complexe et nécessite, tant que faire se peut, une pluralité de regards et la mobilisation d'optiques concurrentes¹⁴⁴ pour rendre compte de leur *multiréférentialité*¹⁴⁵. Toutefois, si l'approche multiréférentielle des situations sociales et des pratiques qui y sont associées propose « *une lecture plurielle de tels objets, sous différents angles et en fonction de systèmes de références distincts, non supposés réductibles les uns aux autres* »¹⁴⁶, elle ne garantit en aucune façon une construction scientifique de l'objet étudié fidèle à la réalité. Elle permet tout au plus d'en faire deviner la complexité et d'apporter un éclairage sur certaines de ses dimensions. Si l'analyse

¹⁴¹ A. Jeannel est professeur en Sciences de l'éducation à l'université Victor Segalen - Bordeaux 2.

¹⁴² A. Jeannel, *Le rapport entre la recherche dans les structures de formation et d'enseignement, et la recherche dans les institutions régionales et nationales, entre 1959 et 1983*, Doctorat d'État, Dir. J. Wittwer, Sciences de l'éducation, Université de Bordeaux 2, 1985. Aux travaux les plus récents : A. Jeannel, « Entre Sciences de l'éducation et du politique : les enseignements théoriques et pratiques locales de formation, in *Régions et formation*, sous la Dir. de T. Berthet, Paris, LGDJ, 1999, p. 183-205.

¹⁴³ Pour ne citer que les plus récentes : F. Choye, *Des médecins généralistes et leur association locale de formation médicale continue : marge pour un processus d'autoformation et conséquences. Analyse d'une association professionnelle de formation professionnelle continue dans une ville moyenne (1995-1996)*, Dir. A. Jeannel, Thèse de doctorat, Université Victor Segalen Bordeaux 2, 1999 ; M.-L. Bayle Alpin, *La mission d'insertion des établissements scolaires en Aquitaine. Etude de la politique éducative d'insertion du système éducatif. La mise en œuvre de la politique d'insertion sociale et professionnelle des jeunes dans les lycées en tant qu'organisations scolaires (1993-1997)*, Dir. A. Jeannel, Thèse de doctorat, Université Victor Segalen Bordeaux 2, 1999 ; T. Bédouret, *Le tutorat d'accompagnement méthodologique et pédagogique à l'université Victor Segalen Bordeaux 2 : application d'une décision d'une politique publique (1997-1999)*, Dir. A. Jeannel, Thèse de doctorat, Université Victor Segalen Bordeaux 2, 2002.

¹⁴⁴ J. Ardoino, *Les avatars de l'éducation*, Puf, Éducation et formation – pédagogie théorique et critique, Paris, 2000, p. 23.

¹⁴⁵ J. Ardoino, « L'analyse multiréférentielle des situations sociales », in *Psychologie clinique*, n°3, Paris, Klincksieck, 1990.

¹⁴⁶ J. Ardoino, 2000, *op. cit.*, p. 254.

multiréférentielle propose d'un point de vue méthodologique une lecture plurielle des objets étudiés, elle reste pour le chercheur un parti pris épistémologique¹⁴⁷. En effet, il faut se résoudre à l'incomplétude, et accepter d'apporter un éclairage partiel à la compréhension des situations sociales et c'est le parti pris de ce travail.

Enfin, une autre interrogation peut avoir trait à l'objet étudié : les dispositifs d'insertion des publics en difficulté. Certains trouveront cet objet bien éloigné du champ éducatif (entendu ici comme couvrant la formation initiale et continue) dans la mesure où, comme on l'a vu, les dispositifs d'insertion sont à l'intersection de plusieurs champs (formation, emploi, social), ce qui entraîne l'analyste à flirter vers les politiques de l'emploi et sociales et par là même à se trouver trop à la marge des questions abordées en Sciences de l'éducation. Mais, cet objet a sa place en Sciences de l'éducation car la question de l'insertion des publics en difficulté interroge *l'introuvable relation formation-emploi*¹⁴⁸. Ainsi, l'étude des dispositifs d'insertion, même si elle entraîne le chercheur dans un espace interstitiel, renseigne les Sciences de l'éducation sur les dynamiques qui renouvellent les façons de concevoir et de mettre en œuvre l'articulation entre formation et emploi.

¹⁴⁷ *Ibid.*, J. Ardoino, 2000, p. 259.

¹⁴⁸ Pour reprendre le titre de l'ouvrage Lucie Tanguy *et alii*, *L'introuvable relation formation emploi : un état des recherches en France*, Paris, la Documentation française, 1986.

PREMIÈRE PARTIE

Genèse de la politique d'emploi à destination des personnes handicapées

INTRODUCTION

L'organisation du dispositif français qui gère l'insertion professionnelle des personnes handicapées est complexe tant au regard de son architecture législative – cinq législations se partagent la reconnaissance et la réparation du handicap¹ – que des rapports que ce système entretient avec la société, rapports qui ont contribué à ce que le traitement des problèmes des personnes handicapées soit conçu en marge des dispositifs de droit commun. Comprendre les logiques qui ont contribué à une telle structuration nécessite de faire un détour historique. Il ne s'agit pas ici de restituer une histoire générale du handicap², mais d'en donner une lecture mettant en relief les moments et processus clés qui ont contribué à structurer la prise en compte des besoins de ce public au regard de leur insertion professionnelle. Resituer la façon dont a été traitée la question du handicap au regard de son rapport au travail constitue le moyen de repérer les idéologies qui ont jalonné cette construction législative. L'intérêt d'un tel détour repose sur le postulat selon lequel ces idéologies participent encore aujourd'hui à la conception des orientations générales et à la mise en œuvre de l'action publique en faveur de l'insertion des personnes handicapées.

Quand a commencé cette histoire ? Plusieurs dates conviendraient, comme pour la guerre de Cent ans³. Il serait correct de dire que c'est avec la Guerre de 1914-1918 – moment de massification du handicap, du développement de la médecine de réadaptation et des premières lois organisant le retour au travail des mutilés de guerre – qu'elle commence. Il serait juste aussi de dire qu'elle a pris sa tournure il y a cinquante ans, au moment où le terme handicap apparaît dans la législation française et désigne un programme d'action en faveur de l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées. D'autres périodes peuvent être évoquées, comme le XVIII^e siècle au cours duquel apparaît

¹ Il s'agit, dans l'ordre chronologique de leur création, des régimes : de droit commun en matière de réparation des accidents causés par un tiers (1804) ; général des accidents du travail et de maladies professionnelles (1898) ; celui des anciens combattants et victimes de guerre (1916) ; d'assurance invalidité (1924) ; et enfin la législation concernant les autres catégories de personnes handicapées (lois de 1949, 1957, loi d'orientation de 1975), in T. Poupon, « Le potentiel productif des personnes handicapées », Rapport présenté au Conseil économique et social, Paris, Journal Officiel, Travaux du Conseil économique et social, n° 4200, 1992, p.10.

² Pour une histoire du handicap il est possible de se référer aux travaux d'H.-J. Stiker, *Corps infirmes et société*, Paris, Dunod, 1997 (1^{ère} éd. 1982) ; J.-F. Montès, « La formation professionnelle des adultes invalides après la Première Guerre mondiale », in *Formation Emploi* n° 35, 1992-2, p. 14 à 21 et « Le dossier de l'office national des anciens combattants », in *Réadaptation*, janvier 1994, n° 406.

³ La comparaison est empruntée à Amélie Nothomb, *Les Catilinaires*, Paris, Le livre de poche, 2001 (1^{ère} éd. 1995), p. 9.

l'idée d'éduquer certains infirmes comme les sourds ou les aveugles, ou bien encore le XIX^e siècle pendant lequel les expériences de sanatoriums productifs vont se développer. La difficulté à cerner un moment clé pour débiter cette forme d'histoire est un problème méthodologique. Il tient en partie à la construction sociale récente de la catégorie « handicapé » : être handicapé est un statut qui n'a pas d'antériorité dans l'histoire avant le XX^e siècle⁴. C'est sous d'autres appellations comme celles d'infirmes, d'impotent, d'invalides, de mutilés, etc. qu'il est possible d'identifier les personnes handicapées. Le terme générique d'« infirmes », beaucoup plus ancien (XI^e siècle⁵), permet d'aboutir à un travail d'extraction incomplet. Cette incomplétude tient en partie à la diversité des situations que recouvre ce terme et à la répartition diffuse des infirmes dans la société : les infirmes appartiennent pour leur grande majorité à la catégorie des pauvres. Pour tenter de résoudre ce problème méthodologique, le choix a été fait d'utiliser le caractère structurant des critères d'aptitude et d'inaptitude au travail dans la gestion des populations. Comme le montre R. Castel, les pauvres se distinguent selon une ligne de partage qui les range du côté des « bons » ou des « mauvais » pauvres. Il utilise le terme « handicapologie » pour désigner les bons pauvres, terme à entendre au sens métaphorique : « la catégorie est hétérogène quant aux conditions qui mènent à ces situations [vieillards indigents, orphelins, estropiés de toutes sortes, aveugles, paralytiques, etc.], en revanche le critère est d'une grande cohérence quant au rapport au travail qu'il qualifie »⁶. Sont opposés à eux, ceux qui, capables de travailler, ne travaillent pas. Ils apparaissent sous la figure de l'indigent valide, qui lui aussi démuné dépend de secours mais ne peut en bénéficier car on lui reconnaît la capacité à travailler. Les infirmes se distribuent de chaque côté de cette ligne de partage : certains d'entre eux sont jugés aptes ou inaptes ; les critères utilisés pour établir cette discrimination évoluant dans le temps.

Une seconde difficulté découle du caractère mouvant de cette ligne de partage dans le temps. Certains infirmes vont, selon les époques être répartis d'un côté ou de l'autre de cette ligne en fonction d'un critère d'aptitude au travail : une même personne peut être considérée comme apte ou inapte au travail selon l'époque. S'attacher aux conditions dans lesquelles s'effectue le déplacement des critères permettant de déclarer l'inaptitude ou l'aptitude à travailler pour une personne constitue un angle d'observation clé pour comprendre comment les interventions sociales évoluent vis-à-vis des infirmes. Cette observation est cependant difficile à réaliser du fait de la diversité des situations que recouvre le

⁴ Le terme « handicap » emprunté à l'anglais (1827) prend son sens figuré d'« entrave, gêne, infériorité » vers 1913. Son dérivé « handicapé » se dit (1889) d'une personne désavantagée et, notamment d'une personne affectée d'une déficience physique ou mentale. C'est en 1957, avec l'introduction du terme « travailleur handicapé » dans la législation que le terme handicapé renvoie à un statut social. Pour une approche plus fine de ce terme cf. Partie 1, chap. 5.

⁵ L'adjectif « infirmes » représente une réfection d'après le latin, de l'ancien français *enferm* ou *enferme*, « malade, faible », A. Rey, « Le Robert, Dictionnaire historique de la langue française », Paris, Dictionnaires le Robert, 1999, p. 1830.

⁶ R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995, p. 30.

terme générique d'infirmes. À cette diversité s'ajoute la dimension temporelle de certaines formes d'infirmités. Si certaines infirmités ont un caractère stable historiquement (comme les aveugles et les sourds par exemple) d'autres sont dominantes selon les époques, et certaines disparaissent ensuite : l'image du lépreux émerge avec force au Moyen Âge, celui du tuberculeux au XIX^e siècle, du traumatisé crânien dans la seconde moitié du XX^e siècle, etc. Au final, le rendu de l'observation faite ici oscille entre la mise en évidence de grandes tendances sociétales et des illustrations plus précises à partir de situations particulières. Ce choix résulte d'un compromis entre l'impossibilité de rendre compte avec exhaustivité de la diversité des situations que recouvre le terme générique d'infirmes et de la forte lisibilité sociale qu'occupent certaines infirmités à un moment donné.

Une dernière difficulté tient à la structuration sédimentaire de la législation française et la constitution tardive de ce que l'on peut appeler le champ du handicap⁷. Ce dernier commence à se structurer au cours du XIX^e siècle et se stabilise en 1975, date où l'ensemble des personnes handicapées est pris en compte à travers diverses lois. Avant la fin du XIX^e siècle la catégorie des pauvres est plus structurante que celle d'infirmes, c'est la raison pour laquelle la construction du plan de cette première partie s'appuie sur deux logiques : le premier chapitre est construit au regard du rapport qu'entretient la société au travail et à la gestion de la pauvreté ; la Révolution en constitue la charnière. Les quatre chapitres suivants sont plus directement articulés à la construction du champ du handicap dans ses rapports au travail et aux évolutions qui le parcourent.

Le chapitre un court du Moyen Âge à la fin du XIX^e siècle, c'est la période pendant laquelle la figure de l'infirmes est associée à l'image du bon et pour certains d'entre eux à celle du mauvais pauvre. À la fois bénéficiaires de mesures d'assistance et de répression, les infirmes sont l'objet d'une lente identification/différenciation qui s'inscrit à la fois dans l'histoire de l'assistance aux plus démunis (ceux qui ne peuvent subvenir à leurs besoins car inaptes au travail), et dans celle de la répression de la mendicité. Sans que ces représentations changent à la fin du XVII^e et au début du XVIII^e siècles, période où l'on assiste à une transformation de fond de la société qui touche à la fois l'économie et le politique, l'infirmes devient un citoyen éduicable et productif. Au cours du XIX^e siècle, entre libéralisation du travail et recherche d'une réglementation permettant de réguler les relations contractuelles issues de la division sociale du travail, la société trouve un nouveau fondement et pose les bases qui seront à l'origine de la première étape significative de la construction du champ du handicap : la reconnaissance des accidents du travail comme risque social. En concomitance, les progrès de la médecine et l'essor de l'hygiénisme vont contri-

⁷ La notion de champ utilisée ici est celle proposée par P. Bourdieu, *Question de sociologie*, Paris, Editions de Minuit, 1984 : « Dans un champ, des agents et des institutions sont en lutte, avec des forces différentes, et selon des règles constitutives de cet espace de jeu, pour s'approprier les profits spécifiques qui sont en jeu dans ce jeu ».

buer à modifier la place des infirmes en réintégrant le corps comme objet médical et en introduisant la valeur travail dans le traitement de la peste blanche.

Le second chapitre correspond au moment où il est possible de changer de logique dans la structuration du plan : la Guerre de 1914-1918 constitue une sorte de charnière historique pour deux raisons. La Première guerre mondiale génère un phénomène de massification du handicap et dans le même temps une pénurie de main-d'œuvre qui suscite de façon impérative l'intérêt de la reconversion d'une main-d'œuvre mutilée. C'est aussi la période durant laquelle la rééducation et la réadaptation prennent leur essor sous l'influence des progrès médicaux, de la reconnaissance de certains risques et de la structuration du champ associatif. Pendant l'Entre-deux-guerres, les revendications des infirmes se structurent portées par de grandes associations sans pour autant aboutir à la prise en charge de l'ensemble de leurs besoins. En l'absence d'une législation permettant de répondre aux besoins éducatifs et de formation des personnes handicapées, l'initiative privée développe de nombreux centres de formation et de productions réservés à ces travailleurs non reconnus. La reformulation du contrat social qui suit la Seconde guerre mondiale et le développement économique qui lui succède vont constituer la base à partir de laquelle le reclassement des travailleurs handicapés (infirmes civils) est inscrit dans une législation spécifique. C'est la concrétisation, via la mise en place d'un dispositif original, de l'idée selon laquelle la trajectoire d'insertion professionnelle des personnes handicapées les moins aptes peut s'inscrire dans un continuum dans lequel le milieu protégé constitue une transition nécessaire dans un parcours vers l'autonomie professionnelle et l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail.

Le troisième chapitre traite de l'unification du champ du handicap, du moment où la société reconnaît l'inégalité de traitement des personnes handicapées selon l'origine de leur handicap et assume les risques inhérents à la reproduction de l'espèce et aux accidents de la vie. La loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur de handicapés a un caractère unificateur car elle recouvre les handicaps de toute nature, de toutes les origines et répond aux besoins des jeunes et des adultes. Mais, l'histoire ne s'arrête pas là, si l'utilisation du terme handicapé est pratique pour élaborer une politique publique globale, ce terme s'avère – en l'absence d'une définition précise – être peu opérant pour la mettre en œuvre. Ainsi, le quatrième chapitre est consacré aux efforts de conceptualisation du processus handicapant qui vont être menés à partir des années 1980 dans le champ médical et 1960 dans le champ de la sociologique ainsi qu'aux débats que vont susciter les modèles antinomiques issus de ces deux disciplines. Il s'intéresse aux effets de ces débats sur le sens des politiques publiques et le changement de paradigme qui en découle. Il est alors possible de faire le point sur les référentiels qui sous-tendent les politiques publiques destinées aux personnes handicapées.

Cette première partie est clôturée par un interlude méthodologique : s'ils clarifient la notion de handicap, les modèles conceptuels sous-tendant les différentes classifications ne permettent pas le dénombrement des personnes handicapées⁸. Ce dernier chapitre tente de répondre à la question « combien il y a-t-il de personnes handicapées en France ? » et quelles sont leurs grandes caractéristiques.

⁸ I. Ville, J.-F. Ravaud, A. Letourny, « Les désignations du handicap, des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative », *Revue française des Affaires Sociales*, n°1-2 janvier-juin 2003 ; P. Mormiche & Groupe de Projet HID, 2002, *op. cit.*

1 DU COTE DES BONS ET DES MAUVAIS PAUVRES

1.1 LES PREMIERES SOURCES D'INFLUENCE

Le rapport à l'infirmité évolue dans les usages comme dans les représentations en fonction des moments de l'histoire et varie selon les cultures et les groupes sociaux. Ainsi, durant l'Antiquité, les naissances d'enfants difformes s'accompagnent d'une exclusion de l'espace social : perçus comme un signe maléfique envoyé par les dieux, ils sont abandonnés, après réunion du conseil des sages, en dehors de la cité, au gré des dieux. Seuls sont concernés les enfants ayant des difformités proches de la monstruosité, les *terata*¹. La malformation se réfère au risque de souiller la conformité de l'espèce, elle relève de la tare ; elle s'oppose en cela à la maladie signe de faiblesse. La débilité, le trouble mental, sont synonymes de possession au sens propre² car rattachés à une intervention surnaturelle. Les blessés de guerre et les infirmes civils sont, quant à eux, reconnus par la cité et pris en charge par la collectivité publique. Ainsi, dans la société Antique, la classification des infirmes sépare la difformité congénitale exposée, la maladie mentale cachée mais non exclue, enfin, la maladie et l'infirmité acquises traitées et soignées. Cette référence au monde gréco-romain illustre la façon dont le handicap est appréhendé dans une société donnée à un moment donné. Ce qu'il est important de relever c'est la place spécifique accordée à l'infirmité qui est déjà le signe, de ce que l'on appellerait aujourd'hui, d'une forme de classification construite en fonction de sa nature et de son origine. Ces distinctions sont significatives des attitudes particulières que les sociétés ont développées et développent vis-à-vis des infirmes.

Concernant la société française, il faut se référer aux deux grandes influences qui vont marquer les attitudes qui vont se développer à l'encontre des infirmes : le judaïsme et le christianisme. L'un et l'autre accordent une place spécifique à l'infirmité.

¹ « Etaient considérées comme des difformités des malformations bénignes à nos yeux, telles que pied-bot, main syndactyle, doigts en surnombre », H.-J. Stiker, 1997, *op. cit.*, p. 44.

² *Ibid.*, H.-J. Stiker, 1997, p. 49.

1.1.1 Le monde judaïque

La position du monde judaïque s'ancre dans une opposition entre sacré et profane. Le trait commun entre tous les infirmes c'est qu'ils sont frappés d'une impureté culturelle. L'infirmité de tous ordres est du côté du profane et la tare est reliée au péché (c'est-à-dire à l'homme et non à Dieu), à l'impur. Le livre du Lévitique qui traite des règlements concernant les sacrificateurs (livres 21 et 22) souligne l'interdit culturel. Cependant, tare et infirmité introduisent une exigence éthique et sociale : « même s'il y avait un aspect de rejet social, en certains cas bien déterminés, pour des raisons de peur et de prophylaxie, l'intégration sociale existait grâce à une haute éthique commandée par la présence même de l'interdit »³. Si la dimension sacrée (religieuse) exclut les infirmes de la pratique du culte, reste la dimension profane (éthique) de la responsabilité sociale vis-à-vis des infirmes. Aucune institution ne leur est réservée, cependant, l'éthique hébraïque recommande de les traiter avec compassion.

1.1.2 La rupture chrétienne

Le nouveau testament introduit une rupture dans le rapport de la société aux infirmes : Jésus va vers eux et sa pratique est de les soulager et de les guérir. Le Royaume de Dieu est prioritairement ouvert aux malades, infirmes et marginaux, et le pur et l'impur ne siègent plus dans les signes extérieurs mais dans la conduite que l'on a avec autrui⁴. La dissemblance devient le signe extérieur de l'insondable dessein de Dieu. En brisant le lien entre infirmité et péché, l'éthique devient première : le droit à partager la vie religieuse et sociale est reconnu pour l'infirmes. L'évangile introduit une nouvelle forme d'intégration basée sur le principe de la charité⁵, et la relation fraternelle est le biais par lequel l'intégration des « malheureux » peut se réaliser dans la société. Avec le christianisme l'infirmité n'est plus qu'un des aspects de la souffrance, de la misère humaine. La charité/entraide s'inscrit alors comme l'un des principes organisateurs de la société, elle participe à une vision globale, intégrant l'anormalité dans le normal, qui échappe au mortel. Le christianisme va avoir un caractère fondateur dans la genèse du champ assistantiel au Moyen Âge car « le christianisme a repris et surdéterminé le critère de l'inaptitude au travail en faisant de la détresse des corps le signe le plus éminent pour inscrire le pauvre dans une économie du salut »⁶.

³ *Ibid.*, H.-J. Stiker, 1997, p. 37.

⁴ *Ibid.*, H.-J. Stiker, 1997, p. 38.

⁵ « Charité qu'il faut entendre ici dans son sens radical, (...) au sens de l'agapê (= amour désintéressé fait de bienveillance et d'égalité, que résume bien le mot très fort de fraternité) », *Ibid.*, H.-J. Stiker, 1997, p. 39.

⁶ R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 60.

1.2 LE MOYEN ÂGE, LA STRUCTURATION DE CHARITE

Le Moyen Âge se caractérise par l'absence de discours spécifique sur la majorité des infirmités : la plupart des infirmes est fondue dans la masse des pauvres. H.-J. Stiker, souligne le silence de l'histoire sur l'infirmité pendant cette période et propose deux hypothèses non exclusives : ce silence s'explique par le fait que « la normalité, c'était le bariolage, et nul ne se préoccupait de ségrégation, car le plus 'naturel' était qu'il y eût des malformations »⁷ ; l'autre est celle de la « fusion » des infirmes avec les pauvres. Dans la conception chrétienne, les figures du pauvre et du malade tendent à se confondre, et le pauvre a trois visages : il est celui qui vit dans le manque et ne peut satisfaire ses besoins fondamentaux, il est celui qui connaît le malheur, la douleur, enfin il est le pauvre spirituel. Dans cette conception, l'aide apportée au malade ne se distingue guère de celle apportée aux autres pauvres. Suivre la piste de l'infirmité au Moyen Âge suppose donc de suivre aussi celle des pauvres, et « la condition du pauvre suscite une gamme d'attitudes qui vont de la commisération au mépris. »⁸ Loin d'être une catégorie homogène, les pauvres se distinguent selon une ligne de partage qui les range du côté des « bons » ou des « mauvais » pauvres. R. Castel utilise le terme « handicapologie » pour désigner les bons pauvres, terme à entendre au sens métaphorique : « la catégorie est hétérogène quant aux conditions qui mènent à ces situations [vieillards indigents, orphelins, estropiés de toutes sortes, aveugles, paralytiques, etc.], en revanche le critère est d'une grande cohérence quant au rapport au travail qu'il qualifie »⁹. Cette catégorie recouvre les clients potentiels du « social assistantiel », leur incapacité à travailler ne pose pas de problème de principe. Sont opposés à eux, ceux qui, capables de travailler, ne travaillent pas. Ils apparaissent sous la figure de l'indigent valide, qui lui aussi démuné dépend de secours mais ne peut en bénéficier. La situation du vagabond est l'image type de ces indigents valides, c'est la figure du désaffilié¹⁰ par excellence. Ainsi, les populations qui relèvent d'interventions sociales diffèrent fondamentalement selon qu'elles sont ou non capables de travailler et sont traitées de façon différente en fonction de ce critère. Ceux qui ne peuvent pas subvenir à leurs besoins parce qu'ils ne peuvent pas œuvrer pour le faire, sont dédouanés de l'obligation du travail. D'où la question de savoir par où passe la ligne de partage entre capacité et incapacité de travail¹¹. La lisibilité de l'incapacité (trop jeune ou trop âgé, infirmités visibles, etc.) va jouer un rôle central dans l'identification et le traitement des indigents.

⁷ H.-J. Stiker, 1997, *op. cit.*, p. 69.

⁸ R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 46.

⁹ *Ibid.*, R. Castel, 1995, p. 30.

¹⁰ Celui qui est en rupture par rapport aux réseaux d'intégration primaires que sont l'intégration au sein d'une communauté rurale et la sujétion seigneuriale. Ces désaffiliés sont en rupture à l'égard des régulations données à partir de l'encastrement dans la famille, le lignage, le système des interdépendances fondées sur l'appartenance communautaire. R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 35.

¹¹ *Ibid.*, R. Castel, 1995, p. 29.

1.2.1 Charité et assistance pour les bons pauvres

Dans les sociétés d'Ancien régime, la prise en charge de l'indigence s'inscrit dans un système de solidarité à « trois niveaux » : les solidarités familiales assurent quand elles le peuvent la gestion des risques de l'existence (maladie, mauvaise récolte, prise en charges des orphelins, etc.) ; les solidarités professionnelles ont cette fonction à travers le rôle des corporations qui représentent des confréries et s'appuient sur le pacte d'assistance mutuelle¹² ; enfin, l'Église apporte secours à travers son action dans les hôpitaux, hospices, léproseries, etc. à ceux qui ne trouvent pas d'aide dans les deux formes précédentes de solidarité. Si l'Église détient une sorte de monopole d'administration de la charité, à la fin du XIII^e siècle l'administration de cette dernière s'élargit à des instances laïques ; l'exercice de la charité devient une « sorte de service social local auquel collaborent toutes les instances qui partagent une responsabilité dans le 'bon gouvernement' de la ville. »¹³

L'organisation de la charité vis-à-vis des pauvres s'inscrit dans le discours religieux : le nanti trouve son salut en aidant les pauvres par l'intermédiaire de l'Église qui finance des fondations. Ainsi, la première mission que se donnent l'Église et la chrétienté en secourant le malade est celle de toucher son âme et de la sorte honorer Dieu. Toutefois, cette forme de secours est soumise à condition, l'assistance aux indigents est fondée sur deux conditions principales : porter les signes extérieurs d'une atteinte physique ou mentale justifiant une incapacité à travailler et être domicilié, la charité s'exerçant dans une logique proximité. On délimite la zone de l'assistance, ou du moins son noyau, à l'intersection de la relation de proximité (être inscrit dans un réseau, être connu), mais aussi de proximité sociale (on s'entraide entre classes sociales proches) qui doit exister entre le bénéficiaire et l'instance dispensatrice, et le critère d'inaptitude au travail¹⁴. Ce dernier est d'autant plus facile à établir lorsque le corps porte les signes de cette incapacité. Mais quoi de plus facile que de reproduire les signes et les marques de la détresse du corps et de l'esprit. Comment différencier alors le vrai du contrefait ? Celui qui malgré lui est atteint dans son corps et son âme de celui qui décide pour accéder à l'assistance de se mutiler volontairement ? La lisibilité de l'inaptitude à travers le corps meurtri va rapidement donner lieu à des pratiques de mutilations de la part de certains indigents.

¹² Le pacte d'assistance mutuelle en vigueur dans les corporations produit de la solidarité, non pas au sens d'une aide à fournir aux pauvres pour la seule raison qu'ils sont dans le besoin, mais en tant que réseau d'engagements assurant un échange de garanties. La contributivité est présente au cœur du dispositif y compris pour des devoirs de garantie non monétaire (aide à apporter en cas de rixe par exemple).

¹³ R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 53.

¹⁴ *Ibid.*, R. Castel, 1995, p. 60-65.

L'organisation de l'assistance sur la base de la domiciliation se systématisait avec le développement des villes : « l'assistance s'organise sur une base locale et impose une sélection plus rigoureuse des assistés »¹⁵. En France, et en particulier dans la région parisienne, la plupart des grandes institutions religieuses d'assistance sont fondées entre 1180 et 1350¹⁶. On assiste à la multiplication de communautés de malades (sous forme hospitalière), de léproseries ou d'hôpitaux. Deux types d'établissements coexistent, ceux qui bénéficient d'une certaine stabilité et dans lesquels on entre de façon quasi religieuse, et ceux dans lesquels on entre juste pour un passage, même pour la mort. Certaines formes d'infirmité font exception par rapport à la pratique d'accueil des centres hospitaliers. Il s'agit des incurables (lépreux, boiteux, manchots, aveugles, etc.) qui, du fait de la nature incurable de leur état ne sont pas considérés comme malades. Parmi eux le traitement des lépreux se distingue, l'entrée en léproserie¹⁷ (ladres ou maladrerie) est considérée comme une sorte de mort : dans de nombreux lieux, l'entrée en léproserie s'accompagne d'une cérémonie funéraire (dite *separatio leprosum*) et d'une ouverture de la succession. Leur exclusion est ancienne et s'appuie sur le Lévitique (chapitres 12 à 14) qui les met du côté de l'impur et dicte les attitudes à observer vis-à-vis d'eux. L'organisation des léproseries est calquée sur celle des monastères tant du point de vue architectural que du déroulement des journées. Leur exclusion de l'activité sociale se traduit par une exclusion des lieux, les léproseries sont construites en dehors mais à proximité des villes (200 à 300 mètres) et les dépouilles de leurs occupants sont enterrées dans des cimetières spéciaux. Les aveugles bénéficient, du fait des évangiles, d'un traitement plus favorable, ils disposent d'établissements spécialisés avant même la création des Quinze-Vingt au XIII^e siècle¹⁸. Le rapport au travail est présent dans ces établissements, rendre utiles ceux qui peuvent travailler s'adresse aussi aux infirmes : dans les léproseries, les lépreux effectuaient des travaux agricoles ou artisanaux, les sourds et les aveugles ont toujours travaillé dans des travaux manuels. Il faut encore noter la situation particulière des invalides de guerre qui sont imposés aux abbayes (oblats, moines laïcs) qui ont pour charge de les entretenir.

Quant aux autres infirmes, leur répartition reste globalement floue. Ils sont dans leur grande majorité confondus avec les miséreux et comme eux sont l'objet de la miséricorde des plus riches. Ainsi, pour les pauvres et infirmes¹⁹ l'accueil est moins structuré, il se réalise dans des hôpitaux ou communautés où l'on soigne l'âme et dans une moindre mesure le corps en satisfaisant les besoins de base. Jusqu'au XVIII^e siècle, la médecine – censée

¹⁵ *Ibid.*, R. Castel, 1995, p. 52.

¹⁶ *Ibid.*, R. Castel, 1995, p. 52.

¹⁷ Sous François 1^{er} on compte à peu près 2 000 léproseries en France. À partir du XIV^e siècle, la lèpre décline rapidement en Europe.

¹⁸ L'hôpital des Quinze-Vingt, fondé à Paris par Saint Louis entre 1254 et 1261 pour abriter 300 (15x20) chevaliers revenus aveugles de la croisade, en est un exemple.

¹⁹ À cette époque les infirmes sont les malades en général.

résider à la faculté de médecine –, restera étrangère au monde hospitalier et l'absence d'une réelle préoccupation sanitaire persistera dans les établissements hospitaliers jusqu'à la fin de l'Ancien régime.

La gestion de l'indigence se réalise sous deux formes : comme on vient de le voir l'économie de salut qui permet au riche d'exercer la charité, « le pauvre le plus digne de mobiliser la charité est celui dont le corps exhibe l'impuissance et la souffrance humaines »²⁰, et la recherche du mauvais pauvre, celui qui s'adonne à l'oisiveté et qui encourt réprobation sociale et sanction pénale.

1.2.2 La répression pour les autres

Au XIV^e siècle, époque des grandes épidémies et du « banditisme », les infirmes, les pauvres et les malades sont placés du côté des marginaux, de ceux dont il faut se protéger ; ils sont considérés comme des inutiles, des nuisibles. L'exaltation de l'infirmité exonérée de l'obligation de travail et trouvant sa place dans l'œuvre miséricordieuse fonctionne comme un filtre dont le but est séparer les bons pauvres des mauvais pauvres. Il s'agit alors de distinguer dans la population des asociaux, les indigents valides qui peuvent travailler – pour lesquels il est interdit de faire l'aumône et qui relèvent de mesures policières – des indigents invalides, ces derniers pouvant bénéficier de l'aumône. Cette évolution se fait à l'intérieur même des hôpitaux : ne peuvent être accueillis que les personnes qui ne sont là que pour un passage. Afin de les distinguer rapidement, dès le XIV^e siècle on commence à imposer aux indigents des marques distinctives qui ouvrent le droit à ceux qui les portent de fréquenter les institutions hospitalières. On voit sortir des hôpitaux toute une population d'infirmes qui auraient besoin d'une assistance permanente (paralysés, estropiés, manchots, etc.) qui, vouée à la rue, à la mendicité, est appelée à errer. Pour ceux d'entre eux dont aucun type de solidarité ne peut fonctionner, l'enferment policier est mis en œuvre. Les fous pauvres quant à eux sont, du fait d'une législation qui prévoit la curatelle, davantage pris en charge par leur environnement familial ou par le système seigneurial.

À la fin du Moyen Âge, le nombre des indigents se multiplie. En lien avec les craintes liées à l'augmentation de la mobilité, les lieux d'accueil se spécialisent davantage : l'accueil des pèlerins, infirmes, indigents, s'effectue dans des établissements différents. Il devient plus aisé de distinguer ainsi de la masse des voyageurs ceux qui relèvent du simple accueil hospitalier de ceux qui nécessitent une surveillance particulière. Parmi ces derniers, les vagabonds et les mendiants sont perçus comme les plus dangereux pour l'équilibre de la société. Certains infirmes connaissent une trajectoire qui, d'une position de l'indigent à

²⁰ R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 49.

secourir, les amène à occuper la place des marginaux au même titre que les juifs, les hérétiques, les vagabonds.

Avec la dérégulation de l'organisation du travail²¹ – dans des pays où le pouvoir central commence à s'affirmer (Angleterre, France, Portugal)²² – la chasse aux mendiants valides²³ se concrétise par le vote de mesures pour « imposer un code rigide du travail et réprimer l'indigence oisive et la mobilité de la main-d'œuvre »²⁴. Dans cette législation essentiellement répressive, le travail forcé²⁵, puis obligatoire est l'une des réponses pour gérer les « inutiles » et va constituer la grande constante de toute la législation sur le vagabondage.

1.2.3 Des conceptions de l'infirmité opposées

Au cours du Moyen Âge, deux périodes se distinguent pendant lesquelles prévalent deux discours²⁶ : l'une qui va jusqu'au XII^e siècle, porteuse d'un discours théologique qui signifie que le mal est le produit d'une mauvaise action des hommes, d'un éloignement de Dieu. Dans ce discours, l'infirme stigmatise cette déviance par rapport aux préceptes de Dieu, la maladie est perçue comme un châtement divin. La seconde période, qui débute au XIII^e siècle, marque un basculement et valorise au contraire l'infirme, le lépreux, l'aveugle, etc. Avec Saint François d'Assise (1182-1226), l'infirme et le pauvre entrent dans la « zone mystique ». Ils sont ceux par lesquels il est possible de se rapprocher de Dieu (l'infirme est la « figure » de Dieu) ; les souffrances de l'infirme sont identifiées à celles du Christ. Sont ainsi posés les fondements de l'attitude prônée à l'égard des déficients, des malheureux qui est celle de l'assistance conforme aux principes évangéliques (les œuvres de miséricordes, dans le sens de compassion à la misère d'autrui), d'où une forme d'exaltation de la charité. Ces deux conceptions s'accompagnent d'un vocabulaire discriminant qui tend pour l'une à identifier le mal dont sont atteints certains infirmes à une bénédiction et l'autre à une malédiction. On trouve ainsi les termes de *benêt* (issu du latin *benedictus*, celui qui est béni par Dieu), ou bien encore crétin (issu du latin *christianus* – chrétien) qui s'opposent aux termes génériques qui utilisent des préfixes privatifs

²¹ La question qui émerge au milieu du XIV^e siècle est « comment bloquer une mobilité qui ne trouve pas sa place dans l'organisation traditionnelle du travail ? C'est le sens des mesures prises à partir du milieu du XIV^e siècle : tenter d'éradiquer la contradiction entre les structures fixes qui organisent le travail et cette mobilité naissante », *Ibid.*, R. Castel, 1995, p. 79.

²² *Ibid.*, R. Castel, 1995, p. 76.

²³ M. Mollat, *Études sur l'histoire de la pauvreté*, t. 1, p.14, qui souligne que le terme apparaît au début du XIV^e siècle avec une signification d'emblée péjorative, *Ibid.*, R. Castel, 1995, p. 67.

²⁴ *Ibid.*, R. Castel, 1995, p. 76.

²⁵ *Ibid.*, R. Castel, 1995, p. 94 et suiv.

²⁶ F-O, Touati, *Archives de la lèpre : atlas des léproseries entre Loire et Marne au Moyen Age*, Paris, éd. du C.T.H.S., 1996.

(« *im*-potent », « *a*-normal », « *in*-firme »). Doublement stigmatisé, soit dans la figure du bon pauvre soit dans celle du mauvais pauvre, la situation des infirmes dans la société du Moyen Âge est associée à plusieurs représentations. Il semble que, bien que porteur de la peur du monstre²⁷, « comme le ‘fou’, l’infirmes partage la condition de ‘marginal soigné’ et intégré. »²⁸

Il existe cependant une forme d’infirmes hautement reconnu socialement : c’est l’image du bouffon. L’école des bouffons s’ouvre dans le courant du Moyen Âge. Constituée à la fois par les bouffons et les jongleurs, le rôle premier qu’elle véhicule est celui du rire. Le bouffon n’a ni corps, ni visage, mais un costume et des attributs symboliques. Il incarne l’ignorance (le sot a été le premier modèle du bouffon), la sensualité et il est souvent associé au thème de la folie (les couleurs qu’on associe généralement au bouffon sont le vert et le jaune, couleurs de la folie). Présent dans les cours royales, le roi et son bouffon représentent la folie du monde. Le bouffon incarne la marche souvent absurde de l’époque, il est le double ridicule du roi, une caricature du pouvoir et de ses attributs (la marotte représente le sceptre royal et le bonnet la couronne). L’Eglise l’accuse de pactiser avec le diable, de corrompre les mœurs. Il peut parfois être sacrifié et condamné à mort pour crime de lèse-majesté. Au cours de l’histoire, il a été associé à la victime et il a parfois servi de bouc émissaire. À la fin du XVI^e siècle, naît une nouvelle image du bouffon. Il ne sert plus tellement à divertir le roi, mais à le conseiller, à l’informer de ce qui se passe dans la rue. Il se fait également l’interprète de la pensée royale auprès du peuple. Son rôle devient de plus en plus politique.

Au cours du XIV^e siècle les grandes disettes, le désastre démographique engendré par la Peste noire et les guerres, vont se traduire par un changement de comportement vis-à-vis des infirmes : les anciennes conjurations alliant infirmité, indigence et péché reviennent en force et véhiculent l’idée selon laquelle « ils sont les vivants reproches divins, les signes de la ‘permission’ accordée à Satan »²⁹. À l’orée du XV^e siècle, les infirmes sont plus ou moins rattachés à la catégorie des monstres, et le monstre pactise avec le diable. La Réforme renforcera cette vision du monstre et de l’infirmes. Il faut attendre le XVI^e siècle pour que de nouveau, les représentations vis-à-vis des infirmes évoluent sous l’influence des apports de la médecine.

²⁷ À prendre dans sens fort mythologique de monstre médiéval où les monstres sont placés dans un inconnu géographique.

²⁸ H.-J. Stiker, 1997, *op. cit.*, p. 74.

²⁹ *Ibid.*, H.-J. Stiker, 1997, p. 92.

1.2.4 Entre morale et nature, les premiers apports de la médecine

Il y a-t-il un lien entre monstruosité et infirmité ? Cette question, qui au Moyen Âge renvoyait à l'imaginaire, est reprise au XVI^e siècle dans un contexte médico-philosophique qui introduit une distinction avec le discours religieux antérieur. Si dans toutes les périodes culturelles précédentes (l'Antiquité, les périodes Gréco latine et Hébraïque, le Moyen Âge), l'infirme symbolise un rapport à l'extériorité, à Dieu ; dès le début de l'Âge classique, quelque chose va changer. Une nouvelle médecine, fondée sur l'observation, commence à se développer ouvrant les esprits à un nouveau système de pensée. C'est ainsi que la diffusion de la syphilis sera associée à l'idée de contagion, corrélation que la peste n'avait pas engendrée au Moyen Âge.

Au plan médical, le XVI^e siècle est celui du chirurgien Ambroise Paré. Au-delà de ses réussites dans le domaine de la chirurgie militaire et de la médecine légale, il développe, à une époque où les infirmes sont plus ou moins rattachés à la catégorie des monstres, une approche de la monstruosité en se basant sur une classification héritée d'Aristote (Traité de la génération des animaux). La classification propose trois catégories pour répartir les différents types d'infirmes :

- Les *prodiges*, sont des êtres qui sont outre le cours ordinaire de la nature. Aristote définit une nature dont la finalité est, dans une certaine mesure, une moyenne et certains êtres débordent cette moyenne, soit qu'ils aient des membres en trop ou en moins, des malformations, etc.
- Les *monstres*, sont des êtres hybrides qui mélangent des espèces qui a priori ne devraient pas concevoir ensemble (êtres mi-homme/mi-animal). Aristote s'appuie sur les différences de gestation pour expliquer que ces êtres ne sont pas viables.
- Les *mutilés* (terme qui sera repris par A. Paré), correspondent aux infirmes : les aveugles, les sourds, les nains, etc.

L'originalité de cette classification vient de la distinction qu'elle opère entre la difformité congénitale et l'infirmité acquise : les mutilés sont dissociés des difformes. A. Paré tente d'expliquer la difformité par des causes naturelles et non plus morales³⁰. Il admet l'idée que les maladies mentales ont une cause matérielle et que leur transmission peut être de nature héréditaire. L'introduction de cette nouvelle conception de l'infirmité va générer un débat pendant plus d'un siècle au cours duquel deux courants de pensées s'affronteront, ceux pour qui la difformité est une œuvre de Dieu « faisant partie de la création au titre d'une normalité supérieure »³¹ ; et ceux pour qui les différentes difformités « sont dues aux

³⁰ *Ibid.*, H.-J. Stiker, 1997, p. 97.

³¹ *Ibid.*, H.-J. Stiker, 1997, p. 97.

accidents intervenus au cours du développement du germe ». Dans cette dernière approche, le corps devient moins dépendant des puissances invisibles. Dans la seconde édition de l'ouvrage d'Ambroise Paré, le terme d'*inutile* apparaît en remplacement de celui de *mutilé*. Ce glissement sémantique indique qu'une grande partie des infirmes est fondue dans la masse des inutiles, et l'on peut faire l'hypothèse qu'elle est par conséquent soumise au même traitement, c'est-à-dire celui de la répression.

1.3 L'ORDRE ET LE DESORDRE

Le mouvement qui sous-tend l'organisation de la société au XVII^e siècle se traduit pour les déviants de tous ordres par une forme de répression qui se traduit par leur séparation du corps social. Déviants par essence, les infirmes de toutes sortes, qu'ils soient identifiés comme tels ou fondus dans la masse des indigents, vont subir la violence du nouvel ordre dominant.

1.3.1 Le grand renfermement

« On sait bien que le XVII^e siècle a créé de vastes maisons d'enfermement ; on sait mal que plus d'un habitant sur cent de la ville de Paris s'y est trouvé, en quelques mois, enfermé. »³²

Marqué par la place et le rôle de la charité, le XVII^e siècle est caractérisé par ce que M. Foucault appelle *le grand renfermement*³³, c'est à dire le moment où la société s'organise selon le principe de l'ordre et forclôt en son sein les pauvres, qu'ils soient valides ou invalides, malades ou convalescents, curables ou incurables ; leur oisiveté représente une menace pour l'ordre établi. En lien avec le développement des centres urbains et les évolutions économiques, le nombre d'indigents s'est multiplié et la réponse de l'État est celle de l'enfermement : « Voulons et ordonnons que les pauvres et mendiants valides et invalides de l'un et l'autre sexe soient enfermés dans un hôpital pour être employés aux ouvrages, manufactures et autres travaux, selon leur pouvoir. »³⁴ Le grand renfermement est une réponse à l'augmentation du nombre de mendiants qui constitue un risque pour l'équilibre de la société ; « l'enfermement est d'abord un instrument de gestion de la men-

³² M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Tell Gallimard, 1972, p. 59.

³³ *Ibid.*, M. Foucault, 1972, p. 56 et suiv.

³⁴ Édit pour la création de l'hôpital général à Paris le 22 avril 1656.

dicité, à l'intérieur d'un cadre urbain, pour les indigents domiciliés. »³⁵ Le traitement de cette oisiveté donne lieu en 1656 à deux textes législatifs : un arrêt royal du 12 février prévoit d'envoyer aux galères tous les mendiants et vagabonds qui n'ont pas d'autorisation de circuler, et l'édit du 22 avril qui crée l'Hôpital général à Paris. Avec ces deux textes, l'ordre et le désordre sont clairement séparés dans la sphère sociale.

Créé en 1656 par Louis XIV, l'Hôpital général regroupe en fait une série d'institutions pré-existantes mais leur donne un nouveau statut et une nouvelle affectation, regrouper tous les pauvres de Paris « de tous sexes, lieux et âge, de quelque qualité et naissance, et en quelque état qu'ils puissent être, valides ou invalides, malades ou convalescent, curables ou incurable »³⁶, quelle que soit la cause de cette pauvreté. À Paris, l'hôpital général de 1656 est le rassemblement des établissements de la ville ; 4 000 à 5 000 personnes seront placées à la Pitié, à Bicêtre, à la Salpêtrière³⁷. Directement sous l'autorité du roi (et non pas celle de la Grande Aumônerie), l'hôpital général est ainsi défini par M. Foucault : « Souveraineté quasi absolue, juridiction sans appel, droit d'exécution contre lequel rien ne peut prévaloir – l'Hôpital général est un étrange pouvoir que le roi établit entre la police, et la justice, aux limites de la loi : le tiers ordre de la répression. »³⁸ On entre ainsi dans l'ère de l'enfermement généralisé, à la fois hôpital, prison, asile d'aliénés, maison de rééducation pour délinquants et d'éducation pour jeunes filles sans le sou, atelier de travaux forcés, l'Hôpital général « ne s'apparente à aucune idée médicale. Il est une instance de l'ordre, de l'ordre monarchique et bourgeois qui s'organise à cette époque là. »³⁹ De nombreuses villes se dotent d'hôpitaux où l'accueil charitable⁴⁰ coexiste avec la mise au travail des mendiants valides et la répression des déviants. Cependant, la répression va toucher prioritairement les mendiants invalides qui vont rapidement constituer la majorité des personnes enfermées dans les hôpitaux généraux et non les mendiants valides auxquels ils étaient en priorité destinés. Parmi eux, les fous vont connaître, pendant un siècle et demi, le régime de l'internement forcé, dans des salles spéciales de l'hôpital général, dans les cachots des maisons de force⁴¹.

³⁵ R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 57.

³⁶ Art. XI de l'édit de 1656 cité par M. Foucault, 1972, *op. cit.*, p. 60.

³⁷ En 1701 la population de la Salpêtrière (réservée aux femmes) s'élève à 4 646 personnes : 1894 enfants de moins de 15 ans, 329 filles de moins de 16 ans estropiées, teigneuses, etc., 594 vieilles aveugles ou paralytiques, 262 vieux mariés de plus de 70 ans, 380 correctionnaires, libertines ou prostituées, 465 gueuses ordinaires et vagabondes, 330 femmes en enfance d'une extrême vieillesse, 300 folles violentes ou innocentes, 92 épileptiques de divers âges. Voir site du Centre hospitalier Charcot : <http://www.ch.charcot56.fr>.

³⁸ M. Foucault, 1972, *op. cit.*, p. 61.

³⁹ *Ibid.*, M. Foucault, 1972, p. 61.

⁴⁰ « Même si elle a été assez délibérément tenue à l'écart de l'organisation des hôpitaux généraux, (...), l'Eglise ne demeure pourtant pas étrangère au mouvement », *Ibid.*, M. Foucault, 1972, p. 62.

⁴¹ *Ibid.*, M. Foucault, 1972, p. 59.

1.3.2 Dissocier le bon grain de l'ivraie

Deux formes de prise en charge coexistent désormais, l'une administrée par les religieux et la seconde par l'État à travers l'hôpital général. Les premiers assurent assistance aux bons pauvres, c'est à dire ceux qui se soumettent à l'ordre proposé, l'État quant à lui gère la pauvreté insoumise, c'est à dire les mauvais pauvres qui cherchent à échapper à l'ordre ; « l'internement est ainsi deux fois justifié, dans une indissociable équivoque, à titre de bienfait et à titre de châtement. »⁴² Regroupés ou internés, les déviants sont à l'intérieur des murs, concentrés dans des lieux où ils ne risquent pas de créer du désordre⁴³ et dans lesquels ils sont productifs, car « à l'intérieur des murs on travaillait »⁴⁴.

Au XVIII^e siècle, la mendicité est partout considérée comme un délit. Pour ceux des infirmes qui restent fondus dans la masse des pauvres, la lutte contre l'indigence se traduit par une incitation au travail, pouvant aller jusqu'au travail forcé. Au même titre que les vagabonds et mendiants valides, le travail contraint fait partie intégrante des peines qui leurs sont réservées, envoyés aux galères puis au XVIII^e siècle dans les grands bagnes portuaires de Brest, Rochefort et Toulon créés en 1748 pour l'exécution des travaux forcés en remplacement de la peine des galères. Certains d'entre eux intègrent les dépôts de mendicité créés en 1764 où l'on fait travailler les mendiants et les vagabonds valides et oisifs. Les dépôts de mendicité sont les principaux lieux d'emprisonnement des mendiants et vagabonds entre 1764 et 1789. Sans être des prisons, ce sont des lieux où l'indigence est punie comme le crime : on y punit ceux qui contestent un ordre social fondé sur le travail. La punition reste finalement d'ordre purement moral si l'on considère que le travail rachète. Dans une certaine mesure elle se confond avec la bienfaisance : on assiste et on rachète par le travail. Ces lieux d'enfermement apparaissent comme des sphères extra juridiques où l'on enferme les individus menaçant potentiellement l'ordre social rêvé. Ils sont indifféremment entassés dans ces espaces concentrationnaires où ils forment un monde paradoxalement hétérogène et uniforme, celui de la Déraison

⁴² *Ibid.*, M. Foucault, 1972, p. 72.

⁴³ La création de l'Hôtel des Invalides par Louis XIV en 1674 est un exemple de regroupement dans un espace délimité des infirmes. Avant cette création, « *les soldats invalides étaient imposés aux abbayes (sous le label d'oblat, ou moine lai) qui devaient les entretenir* », in H.-J. Stiker, 1997, *op. cit.*, p. 104.

⁴⁴ *Ibid.*, H.-J. Stiker, 1997, p. 105.

1.4 QUAND LE TRAVAIL DEVIENT UNE NOUVELLE RICHESSE SOCIALE

La fin du XVII^e et le début du XVIII^e siècles correspondent à une transformation de fond de la société qui touche à la fois l'économie et le politique. Pour la pensée des Lumières, la société cesse d'être référée à un ordre transcendant, elle trouve en elle-même le principe de son organisation à travers le recours au contrat social défini par Rousseau. Pour R. Castel, le marché et le contrat sont les « opérateurs » de ce passage d'un fondement transcendant à l'immanence de la société elle-même. L'idéal que défendent les Lumières est celui d'une société dans laquelle chaque homme serait libre d'accéder aux opportunités économiques, et bénéficier des richesses que ses efforts peuvent créer⁴⁵. Face à la montée de l'indigence et dans un contexte marqué par les idées de libéralisme économique portées par A. Smith, le travail est reconnu comme la source de la richesse. La richesse de la nation repose sur l'emploi de la force de travail et le pauvre devient du même coup riche potentiellement par sa capacité de travail. Mais cette richesse n'est possible que par la libéralisation du travail qui suppose la disparition des deux modes de travail jusque là dominants : le travail réglé (ensemble des réglementations des métiers) et le travail forcé. En 1775, les Ateliers de charité remplacent les dépôts de mendicité et sont généralisés par Turgot (Contrôleur général des finances de Louis XVI). Ils constituent un moyen d'apporter des ressources aux plus démunis en dehors de la charité traditionnelle : « ils consistent pour l'essentiel en travaux de terrassement pour les hommes et en travail à domicile pour les femmes »⁴⁶. En 1776 Turgot décide l'abolition des dépôts de mendicité qui représentent une forme de travail.

À la fin du XVIII^e siècle, Turgot, reprenant les idées d'A. Smith⁴⁷, défend l'idée d'une économie libérale et de la nécessaire liberté du travail, condition de la libéralisation de l'initiative individuelle. Pour Turgot, le droit de travailler est la propriété du tout homme et ce droit ne peut advenir qu'avec l'institution d'un libre marché du travail. Même si les réformes introduites par Turgot sont rapidement balayées⁴⁸ les idées qu'il défend vont cependant constituer la base de la philosophie politique du libéralisme ; elles introduisent une « rupture avec la société d'ordres, des statuts, d'états, régie par les tutelles (...) c'est

⁴⁵ R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 182.

⁴⁶ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 46.

⁴⁷ A. Smith découvre la prépondérance du marché (1776), « principe autonome de cohésion du social indépendamment de la volonté des individus et fonctionnant rigoureusement à leur insu de manière à les rassembler », in M. Gauchet, « De l'avènement de l'individu à la découverte de la société », *Annales, ESC*, mai-juin 1979, p. 463, cité par R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 183.

⁴⁸ A. R. J. Turgot, Contrôleur général des finances du royaume de Louis XVI institue la liberté du commerce et de la circulation des grains (13 septembre 1774), supprime les corporations (5 janvier 1776) et dans les semaines qui suivent les corvées (destinées à l'accomplissement des travaux d'utilité publique) qui pèsent sur les paysans. Sous les pressions des « privilégiés », Louis XVI renvoie son ministre le 12 mai 1776. Dès le départ de Turgot ses réformes sont supprimées.

une nouvelle définition du travail qui s'impose [la liberté du travail a la légitimité d'une loi naturelle] et va permettre l'avènement du nouveau régime opposé à l'Ancien Régime. »⁴⁹

1.4.1 Le secours par le travail pour les pauvres valides

La nouvelle place donnée au travail ne va pas transformer pour autant les représentations associées à l'indigence. La Révolution française ne constitue pas une rupture quant aux représentations sociales de la pauvreté héritées de l'Ancien régime, elle les renforce au contraire et la distinction entre bon et mauvais pauvres perdure. Cette période reste marquée par la spécialisation des lieux d'accueil en fonction du public et la logique d'enfermement héritée de l'Ancien régime.

Le Comité de mendicité, créé le 21 janvier 1790 par l'Assemblée constituante, devient le lieu où le débat sur l'assistance est centralisé et elle y prend la forme exclusive pour les pauvres valides d'un secours par le travail. L'attribution des secours devient une obligation de la société envers l'indigent, « cette obligation repose sur la reconnaissance du droit de tout homme à la subsistance et à une subsistance qui ne prenne pas la forme d'une aumône, comme c'était le cas dans le régime ancien de la charité. »⁵⁰ Cependant, en contrepartie la société peut légitimement exiger du pauvre qu'il lui donne son travail : « Fournir un salaire sans travail, dans l'esprit du Comité, reviendrait à accorder une prime à l'oisiveté et conduirait à appauvrir l'État. »⁵¹ Dans cette volonté de remise au travail, les infirmes ne sont pas oubliés :

Les moyens de détruire la mendicité en France⁵²

Les estropiés n'auront donc pas pour cela le privilège de vivre aux dépens du public. Celui qui n'a qu'une jambe sera occupé au travail des mains ; celui qui n'a qu'un bras le sera à conduire des voitures, à la garde des maisons, des vergers, des vignes, des troupeaux, des pâtures, des fruits, d'un territoire, des forêts. Il n'est pas jusqu'aux aveugles dont on ne puisse tirer un parti avantageux, quand ce ne serait que pour aider au coutelier, en tournant sa roue ; au maréchal, au serrurier, au cloutier en donnant le mouvement au soufflet, à portée duquel il serait placé. On a imaginé une machine pour occuper même les pauvres qui n'auraient ni bras ni jambes, par la simple inflexion du corps à droite et à gauche, ou en avant et en arrière... Tout homme qui a des yeux, qui a sa liberté de ses bras, de ses mains et qui jouit de son bon sens, fût-il mutilé de ses pieds, de ses jambes, de

⁴⁹ R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 177.

⁵⁰ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 56.

⁵¹ *Ibid.*, C. Guitton, 1996, p. 56.

⁵² Marquis de Condorcet, *Les moyens de détruire la mendicité en France*, cité dans *L'histoire de la population française*, sous la direction de J. Dupâquier, tome 2, « De la Renaissance à 1789 », Paris, Puf, p. 543. Cité par J.-F. Montès, 1989, *op. cit.*, p. 21-22.

ses cuisses, les culs-de-jatte, à plus forte raison les autres mendiants invalides, peuvent être employés à toutes sortes d'ouvrages manuels et sédentaires. Les imbéciles eux-mêmes et les fous quand ils sont hors de leur accès ne doivent pas rester oisifs. (...) On peut imaginer une foule d'autres moyens pour faire travailler les mendiants soit valides, soit invalides ; mais il faut toujours, pour ceux-ci, employer les moyens les plus doux... Ce serait violer manifestement les lois de la société, que de ne pas obliger cette espèce d'hommes à tout le travail dont ils sont capables.

1.4.2 L'assistance pour les inaptes au travail

Le thème de la laïcisation permet d'envisager que l'aide apportée aux malades ne se fera plus en référence à la charité chrétienne mais aux concepts d'égalité et de dignité. Désormais est défendue l'idée selon laquelle l'organisation de la bienfaisance ou de l'assistance doit relever de l'État. Le droit à l'assistance s'inscrit dans une problématique dans laquelle le rapport au travail est central. C'est la raison pour laquelle son accès doit être réservé à ceux pour qui l'incapacité à travailler est reconnue. Cette reconnaissance n'est pas toujours facile à établir et le souci de départager les mauvais des bons pauvres reste d'actualité. Ce débat peut se résumer par la formulation suivante : « seuls les pauvres laborieux doivent être secourus et ils ne peuvent l'être que par le travail. »⁵³

Comme l'indique C. Guitton, l'assistance est, à partir de ce moment là, présentée comme un droit sous condition : « sa méthode de définition des ayant-droits aux secours reste marquée par les deux critères traditionnels de l'aptitude au travail, qui fonde la distinction entre indigents valides et invalides, et du rapport individuel au travail, qui fonde la discrimination entre 'bons' et 'mauvais' pauvres »⁵⁴. Comme on le verra plus loin, dans le même temps, les progrès de la médecine (et en particulier de la biologie) vont permettre au corps médical de s'imposer progressivement comme un moyen « objectif » de dissocier les bons des mauvais pauvres.

1.4.3 Le devoir de travailler comme condition de réalisation du contrat social

Ce qui caractérise le discours sur l'indigence à la fin du XVIII^e siècle, c'est son insistance sur le caractère massif du phénomène⁵⁵. En 1791, les lois d'Allarde sur la liberté du travail et Le Chapelier sur l'interdiction des groupements libres, « posent les bases économiques de la constitution d'un marché du travail, comme les bases juridiques de la formation d'un droit du travail. Mais elles permettent également la clôture du projet révolutionnaire de l'assistance en établissant comme corollaire du droit de travailler, le

⁵³ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 58.

⁵⁴ *Ibid.*, C. Guitton, 1996, p. 62.

⁵⁵ R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 165.

devoir de travailler, en donnant ainsi un contenu synallagmatique au contrat social et en fondant l'organisation des rapports sociaux sur une stricte division du travail entre l'État, garant de l'assistance, et les citoyens-producteurs, redevables, par l'exercice du travail, de leur liberté de travailler. »⁵⁶

Les différents régimes qui se succèdent après la Révolution maintiennent la tension entre secours pour les bons pauvres et répression pour les indigents valides. Ils vont être marqués par le renforcement de la répression de la mendicité et du vagabondage. La période de la Convention correspond à une période de forte répression pendant laquelle des secours publics sont institués : « Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler. »⁵⁷ Dans le même temps, la mendicité est réprimée. Dans une société où le travail est libéré des anciennes contraintes, et est reconnu comme le moyen pour les plus démunis d'accéder à la propriété, la mendicité représente la pire des situations dans la mesure où – adossée au vice de l'oisiveté – elle témoigne d'un manquement aux principes du contrat social. Toute personne ne remplissant pas sa part du contrat encourent des conséquences pénales ; on retrouve ici l'opposition classique entre l'attitude prônée envers les valides mendiants rattachés à la catégorie des mauvais pauvres et les invalides rattachés à celle des bons pauvres. Dès 1795, l'assistance publique nationale disparaît au profit de la bienfaisance municipale et la charité privée. Adossée à l'expertise médicale qui se développe (*cf. infra* 2.3), le renforcement de la répression à l'encontre des mendiants et des vagabonds va s'accroître avec le code pénal napoléonien.

1.4.4 Une nouvelle place pour les infirmes ?

Le XVIII^e siècle est caractérisé par le rationalisme philosophique et l'exaltation des sciences, ainsi que par la critique de l'ordre social et de la hiérarchie religieuse. Dans le sillage de la philosophie de Locke, les penseurs du XVIII^e siècle estiment que la connaissance, loin d'être innée, procède uniquement de l'expérience et de l'observation guidées par la raison. L'éducation a le pouvoir de rendre les hommes meilleurs et même d'améliorer la nature humaine. Elle est le moyen d'accéder au bien commun. C'est dans ce contexte que l'éducation des infirmes va donner lieu à de nombreuses expérimentations.

L'idée d'éducation et de rééducation des infirmes qui apparaît au XVIII^e siècle, et va se développer tout au long des XIX^e et XX^e siècles, n'est pas nouvelle en soi. Cependant, elle commence à s'imposer à la fin du XVIII^e siècle adossée au principe d'égalité de droit :

⁵⁶ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 66-67.

⁵⁷ Art. 21 de la Constitution du 24 juin 1793.

« il ne s'agit plus seulement de recueillir les infirmes, ni même de les faire travailler comme invalides. Il s'agit de leur ouvrir le bien commun, culturel et social, de leurs concitoyens. »⁵⁸ Malgré des expériences réalisées avec la mise au travail de malades, tels que les phtisiques (Thomas Sydenham en Angleterre), c'est davantage les infirmes qui ne nécessitent aucun soin qui font l'objet des plus grandes innovations.

H.-J. Stiker, souligne l'importance de la *Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient* de Diderot⁵⁹ dans le développement des techniques éducatives pour les aveugles, les sourds, et le dépassement de la problématique de la monstruosité. Ce texte « inaugure la période où la déviance, la monstruosité, le manque, la difformité, vont être approchés comme de simples diminutions. »⁶⁰ À travers cette lettre, il tente de répondre au problème que pose une théorie de la connaissance en essayant de répondre à la question suivante : si toutes nos idées vraies naissent des sens, il faut que même les plus « intellectuelles » soient comptables d'une genèse sensible. Mais si telle idée naît de l'usage de tel sens, par exemple si l'idée de beauté est tirée de la vue du spectacle de la nature, alors faut-il penser que quand le sens est grossier, voire inapte, il n'y a pas d'accès possible à l'idée ? Par exemple, les aveugles peuvent-ils avoir l'idée du beau, alors qu'ils n'ont pas accès au spectacle de la nature ? Dans ce texte, Diderot présente des récits de vies d'aveugles-nés ou de sourds dont l'intelligence et la sensibilité dénotent avec les représentations habituelles liées à ces infirmités. On peut citer ici l'exemple de Saunderson, mathématicien aveugle-né, qui créa à l'âge de 25 ans une arithmétique palpable. Dans cette lettre, Diderot rend compte d'autres exemples qui mettent en valeur les différentes voies par lesquelles on peut parvenir à la connaissance. Mettre au point des techniques adaptées selon l'infirmité est l'un des moyens nécessaires pour accéder à l'éducation et donc à la connaissance. Il fait ainsi référence au cas des sourds de naissance qui, faute de moyen de communication adapté, restent dans un état d'imbécillité alors qu'ils pourraient accéder à l'intelligence du monde s'ils possédaient une technique de communication adaptée. Il démontre l'intérêt de créer un langage des signes d'en fixer le code et la grammaire car « il est bien plus court d'user de symboles tout inventés que d'en être l'inventeur, comme on y est forcé lorsque l'on est pris au dépourvu. »⁶¹

Les premières expérimentations les plus significatives qui vont naître concernent les handicaps sensoriels (sourds, muets et aveugles). Dès la fin du XVIII^e siècle certaines institutions ont appliqué cette idée en utilisant de nouvelles techniques : l'éducation des aveu-

⁵⁸ H.-J. Stiker, 1997, *op. cit.*, p. 111.

⁵⁹ D. Diderot, *Lettre sur les aveugles à ceux qui voient*, Paris, Ed. Corps 16, Les classiques, p. 36-39. *Les éditions Corps 16 éditent en grands caractères le texte intégral des meilleurs romans d'auteurs français et étrangers, et des classiques retrouvés, 1994 (1^{ère} éd. 1749).

⁶⁰ *Ibid.*, H.-J. Stiker, 1997, p. 108.

⁶¹ D. Diderot, 1994 (1^{ère} éd. 1749), *op. cit.* p. 36-39.

gles avec la technique de lecture en relief de Valentin Hauy⁶² ou bien encore celle des sourds, avec la technique du langage des signes mis au point par l'Abbé de l'Epée⁶³. Ces œuvres charitables sont conçues à partir de l'idée selon laquelle les infirmes peuvent accéder (moyennant une pédagogie et des techniques adaptées et sous réserve de fonder des institutions spécialisées) aux mêmes biens (comme l'éducation) que les valides⁶⁴. L'initiative privée va jouer un rôle important dans la multiplication de ce type d'expériences, desquelles naît une certaine conception de la réadaptation fondée sur l'idée que seules des institutions spécialisées peuvent former des infirmes, conception qui va perdurer jusqu'à nos jours. Avec l'élargissement de ce mouvement à d'autres formes de handicap, certains infirmes vont commencer à se différencier des pauvres auxquels il étaient assimilés jusque là.

1.5 L'APPARITION D'UNE NOUVELLE FORME D'INDIGENCE ET LA FORMULATION DE LA QUESTION SOCIALE

Au cours du XIX^e siècle, un nouveau rapport économique se construit à partir de l'apparition de l'économie industrielle et du développement des rapports marchands. À la fin du XIX^e siècle l'organisation du travail qui en découle, sans faire disparaître les formes traditionnelles de production (artisanat, agriculture), attire une main-d'œuvre de plus en plus importante. La révolution industrielle instaure un mode de relations salariales dans lesquelles le travailleur est en position de fragilité⁶⁵. La montée du paupérisme (pauvreté durable) qui touche alors les « conditions d'existence des populations qui sont à la fois les agents et les victimes de la révolution industrielle »⁶⁶, génère des tensions sociales. Pour la première fois, ce n'est pas l'absence de travail qui engendre l'indigence, mais bien la nouvelle organisation du travail requise par l'industrialisation⁶⁷. Le contexte sociétal est carac-

⁶² « Valentin Hauy, 1743-1822. Il inventa les caractères en relief à l'usage des aveugles, pour qui il fonda un premier établissement (devenu l'Institut national des jeunes aveugles), à Paris en 1784, puis un second à Saint Pétersbourg », Petit Larousse 2001. Si les aveugles ont toujours eu recours au toucher pour suppléer l'absence de vision, les premiers essais d'écriture tactile remontent à la seconde moitié du XVII^e siècle. Ces tentatives furent reprises un siècle plus tard. Trois français, Valentin Hauy, Charles Barbier de la Serre et Louis Braille se sont relayés pour aboutir à la mise au point du système qui est maintenant utilisé par les aveugles dans le monde entier.

⁶³ « L'Abbé de l'Epée, 1712-1789. Il conçut un langage des signes à l'usage des sourds-muets et fonda pour eux une école à Paris », in Petit Larousse 2001.

⁶⁴ H.-J. Stiker, 1997, *op. cit.*, p. 121-125.

⁶⁵ Les éléments essentiels du rapport salarial sont : « une rétribution minimale, au plus près de la productivité individuelle du travailleur, qui se situe au niveau de sa survie et de celle de sa famille ; un encadrement juridique uniquement établi sur le contrat civil de louages de services (art. 1710 du Code civil), ce qui ne donne en réalité aucune garanti au travailleur ; une très forte instabilité des travailleurs à l'égard de l'entreprise, soit que ces derniers, se louant au plus offrant changent régulièrement de place, soit que les employeurs ne leur assurent aucune permanence dans l'emploi », in J.-J. Dupeyroux *et alii*, *Droit de la Sécurité sociale*, Paris, Précis Dalloz, 2001 (14^{ème} éd.), p. 88-89.

⁶⁶ R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 18.

⁶⁷ J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 89.

térisé alors par une dissonance grandissante entre « un ordre juridico-politique fondé sur la reconnaissance des droits des citoyens et un ordre économique qui entraîne une misère et une démoralisation de masse. »⁶⁸ Dans cette tension, le social peut trouver sa place.

1.5.1 Les débuts du paupérisme et le développement de la prévoyance privée

L'apparition d'une nouvelle forme de pauvreté liée à l'industrialisation progressive de la France introduit « une rupture dans la manière de poser la question du travail dans la mesure où l'identification de la pauvreté au rapport salarial change les termes du débat : non seulement la pauvreté est toujours laborieuse – ce qui signifie que le travail industriel ne protège pas plus de la pauvreté que le travail agricole – mais les ouvriers sont de surcroît soumis au risque de basculer dans l'indigence en cas de chômage »⁶⁹. Le terme paupérisme (néologisme d'origine anglaise) est utilisé à partir des années 1830 pour désigner le processus d'extension de l'indigence à une nouvelle catégorie de la population, le prolétariat, en lien avec l'industrialisation progressive du pays (et non l'état de pauvreté des indigents hérités de l'Ancien Régime). Le paupérisme est inscrit au cœur même du processus de production de richesse et le salariat représente « à peu près la pire des situations sociales puisqu'il n'offre ni la protection assurée par la propriété, ni celle garantie par les structures communautaires d'appartenance. »⁷⁰

C'est du secteur privé que les réponses aux situations des nouveaux indigents vont naître. Dans un premier temps, pour suppléer les conséquences de l'absence de protection sociale des salariés et la moralisation des classes ouvrières, la recherche d'une protection passe par un discours les incitant à l'épargne (prévoyance individuelle). L'idéologie libérale du XIX^e siècle ne permet pas d'envisager l'intervention de l'État car « le principe de la liberté, défini comme l'autonomie de la loi impliquant égalité devant la loi et responsabilité de chacun, se « dressait comme un obstacle fondamental à l'intervention de l'État en matière sociale. »⁷¹ La question sociale existe en dehors de la sphère politique, elle est portée par le secteur privé : patronages patronaux⁷², caisses d'épargne⁷³, sociétés de secours mutuels⁷⁴. Développées par les patrons, la bourgeoisie et l'Église, le nombre d'œuvres privées

⁶⁸ R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 18.

⁶⁹ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 82.

⁷⁰ J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 199, § 235.

⁷¹ M.-T. Join-Lambert *et alii*, 1994, *op. cit.*, p. 29.

⁷² Ce dernier introduit une logique non marchande dans l'entreprise, le patron se fait ordonnateur de la sécurité de l'ouvrier, l'idéal étant de réaliser une osmose parfaite entre l'usine et la vie quotidienne de l'ouvrier et de sa famille, le bénéfice secondaire étant la possibilité de fixer un salariat à forte mobilité, R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 255-257.

⁷³ La 1^{ère} Caisse d'épargne est fondée à Paris en 1818 (présidée par le duc de La Rochefoucauld-Liancourt. Après 1830 on assiste à un fort développement de ces établissements, *op. cit.*, R. Castel, 1995, p. 247-251.

⁷⁴ R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 249.

de nature à protéger le salariat s'est multiplié⁷⁵. Ce sont ces dernières, qui vont assurer, pour ceux des salariés qui sont parmi les plus stables, les premiers services qui n'obéissent pas à une logique strictement marchande⁷⁶. Parmi elles, plusieurs sont des œuvres d'assistance pour le travail pour les infirmes, on peut citer à titre d'exemple *l'assistance aux mutilés pauvres*, créée en 1868 ; ou bien encore en 1875 les œuvres *d'assistance par le travail à domicile*⁷⁷. Ces formes de protection basées sur le volontarisme excluent de fait le rôle de l'État (seul capable d'imposer la dimension obligatoire de la cotisation), qui dans le cas contraire s'immiscerait dans les questions de travail ce que le libéralisme économique ne permet pas d'envisager.

Mais la logique d'une prévention basée sur le volontariat va exclure les salariés les plus pauvres et ne concerner qu'un salariat stable. L'augmentation du nombre d'indigents réactive les anciennes structures de l'assistance confessionnelle (hôpitaux, hospices – placées sous l'autorité des municipalités) qui vont prendre en charge les indigents invalides ; les bureaux de bienfaisance, créés en 1796 ainsi que l'existence d'établissements spécialisés – instituts pour les sourds, muets, aveugles, orphelinats, puis avec la loi de 1838 les asiles d'aliénés) constituent la prise en charge publique de l'indigence.

1.5.2 L'échec de l'élaboration d'un droit au travail

La seconde République va tenter d'apporter une solution aux situations d'indigence générées par le libéralisme économique. Dans un système où la capacité de travail représente la seule richesse des pauvres, la réponse de l'État à cette situation est l'institution du droit *au* travail : « Le gouvernement provisoire de la République s'engage à garantir l'existence de l'ouvrier par le travail. Il s'engage à garantir du travail à tous les citoyens. Il reconnaît que les ouvriers doivent s'associer entre eux pour jouir du produit de leur travail. »⁷⁸ Pour donner corps à ce droit, les Ateliers nationaux sont créés le 26 février 1848, mais l'augmentation rapide de nombre de personnes s'inscrivant crée un fort déficit budgétaire qui conduit à leur disparition brutale le 22 juin de la même année. La révolte populaire qui suit va constituer ce que J. Donzelot appelle *le traumatisme initial*⁷⁹ en mettant en évidence l'écart entre le nouveau fondement de l'ordre politique et la réalité de l'ordre social. Les débats qui suivent vont opposer les tenants du droit au travail et ceux défendant le

⁷⁵ Perçue comme un « foyer de résistance ouvrière », la mutualité, liée aux capacités d'organisation des travailleurs de l'industrie, s'est développée tardivement en France (loi du 1^{er} avril 1898 dite « charte de la mutualité », in Dupeyroux *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 217.

⁷⁶ R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 255.

⁷⁷ J.-F. Montès, 1989, *op. cit.*, p. 98.

⁷⁸ Décret du 25 février 1848, cité in M. Agulhon, *Les Quarante-Huitards*, Paris, Gallimard-Juliard, 1992 (1^{ère} éd. 1973), p. 130, repris par R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 270.

⁷⁹ J. Donzelot, *L'invention du social*, Paris, Seuil, Points essais, 1994 (1^{ère} éd. 1984).

libéralisme. Entre droit au travail et droit à l'assistance, c'est le droit à l'assistance par le travail qui est affirmé, comme un droit ponctuel en cas de chômage : si les citoyens doivent « [art. VII] s'assurer par le travail, des moyens d'existence, et, par la prévoyance, des ressources pour l'avenir (...) [art. VIII] La République doit protéger le citoyen dans sa personne, sa famille sa religion, sa propriété, son travail, et mettre à la portée de chacun l'instruction indispensable à tous les hommes ; elle doit, par une assistance fraternelle, assurer l'existence des citoyens nécessiteux, soit en leur procurant du travail dans les limites de ses ressources, soit en donnant, à défaut de la famille, des secours à ceux qui sont hors d'état de travailler. »⁸⁰ On retrouve une fois de plus, l'opposition entre valides et invalides et l'inaptitude reconnue comme raison de bénéficier des secours.

Si le Second Empire interrompt le débat public sur le traitement de la question sociale dans un régime démocratique, celui-ci reprendra avec l'instauration de la III^e République.

1.6 SOCIÉTÉ ET SANTÉ : LE RÔLE DE LA MÉDECINE DANS LE CONTRÔLE SOCIAL

Les évolutions qui touchent la société vont être accompagnées par l'organisation de la médecine et les progrès médicaux. À la fois moyen d'identification de certaines pathologies et discipline en constante évolution, la médecine, grâce à la montée du pouvoir médical, va aller de pair avec son utilisation dans le cadre de commissions administratives. Le médecin expert naît avec le XIX^e siècle et va le rester jusqu'à nos jours.

1.6.1 La montée du pouvoir médical

Au cours du XVIII^e siècle, le corps médical va occuper une place de plus en plus importante dans le système de régulation sociale. Les modèles traditionnels de la biologie prennent « une place prépondérante dans les conceptions générales de tous les ordres de la vie sociale »⁸¹ et l'on assiste à une sorte de « biologisation » de la pensée des Lumières. Les approches scientifiques s'appuient de plus en plus sur des démonstrations rationnelles et se fait jour l'idée selon laquelle les processus de la recherche scientifique et médicale ainsi que leurs résultats doivent être publics. La lutte contre les épidémies suscite à la fin de l'Ancien régime la recherche de moyens pour lutter contre les « maladies populaires ». Plusieurs actions sont menées notamment en direction de la prévention des fléaux mortifères (limitation des épidémies par la limitation de la circulation des biens et des personnes)

⁸⁰ Préambule de la Constitution du 4 novembre 1848, 1989, *Les déclarations des droits de l'Homme*, Paris, Flammarion, p. 383.

⁸¹ J.-P., Peter, « Le grand rêve de l'ordre médical, en 1770 et aujourd'hui », in *Autrement*, n°4, 1975-1976, p. 186.

et de la lutte pour la salubrité (hygiène des rues, propreté de l'eau, déplacement des cimetières).

En 1770, les médecins, indemnisés par l'administration royale, sont amenés à dispenser leurs soins à de nouvelles populations (jusqu'à ce moment là, les médecins ont dispensé essentiellement leurs soins aux classes dominantes). Le rôle de ces médecins est d'être des correspondants quant aux risques d'épidémies⁸². La création de l'Académie royale de médecine (qui deviendra en août 1778 la Société royale de médecine) va permettre aux médecins de province de correspondre entre eux et d'échanger leurs observations quant aux problèmes relatifs aux maladies épidémiques et épizootiques. Par leur dispersion dans les campagnes et les villes, ces médecins rencontrent de nouvelles maladies qui ne correspondent pas au savoir médical en place. Dans le souci d'apporter leur correctif par une meilleure connaissance de ces nouvelles pathologies, plus d'une centaine d'entre eux répartis sur l'ensemble du royaume correspondent régulièrement, entre 1774 et 1794, avec la Société royale de médecine : « les plus assidus pour un rapport mensuel sur l'état des maladies courantes et des épidémies. À l'occasion de ces rapports médicaux, ils ajoutaient des Mémoires ou observations sur les ressources, l'habitat, le mode de vie, les travaux, l'hygiène, etc., des zones où ils exerçaient. »⁸³ Dans cette correspondance on trouve aussi de nombreux projets de réforme de l'institution et de la pratique médicale, traduction de leur volonté d'exercer des rôles importants dans la société. L'ensemble de ces projets dessine les traits généraux de l'organisation idéale d'une médecine d'État dans laquelle le territoire serait quadrillé, avec au centre de chaque secteur une antenne médicale. Le médecin serait intervenu en vue de dispenser les vertus de l'éducation hygiénique aux populations locales, il aurait « décelé à leur naissance les germes d'épidémies, organisé les soins, assuré la prévention au coup par coup d'abord, puis à plus longue échéance en soumettant le terrain à une sorte de nettoyage lent de tout ce qui, dans le milieu, dans les usages, dans les corps et jusque dans les âmes pouvait receler de prédispositions au mal, à l'écart. »⁸⁴ Mais le projet d'un contrôle général exercé par les médecins est mis à mal par Napoléon qui installe un appareil d'État technico-bureaucratique puissant et relègue le rôle du médecin à une nouvelle place, celle d'expert pour l'administration. Durant la période napoléonienne, le pouvoir politique régleme l'exercice des professions sanitaires⁸⁵. Dans les administrations, l'avis médical et l'expertise deviennent l'une des conditions nécessaires à

⁸² Dans chaque paroisse, c'est le médecin ou le curé (nouvel auxiliaire de santé) qui sont chargés de prévenir le médecin correspondant en cas de suspicion d'épidémie, ce dernier allouant alors les remèdes et prenant en charge au nom du Roi les frais de médecine.

⁸³ J.-P., Peter, 1975-1976, *op. cit.*, p. 185.

⁸⁴ *Ibid.*, J.-P., Peter, 1975-1976, p. 185.

⁸⁵ Trois lois vont définir un régime d'exercice de la médecine (loi du 19 ventôse an XI), de la pharmacie (loi du 21 germinal an XI) et la loi du 15 janvier 1813 pour l'exercice de la médecine vétérinaire. Ces lois exigeaient que l'exercice de ces professions fut réglementé et seulement autorisées aux premiers ayant été reçus dans les écoles et jury institués.

l'encadrement d'une société dans laquelle la norme s'appuie sur les avancées de la biologie. Auxiliaire de justice, le médecin engage sa pratique au service de l'État, il lui fournit ses expertises médico-légales et lui permet d'identifier ainsi les déviants, les « insoumis » sociaux, tous ceux qui transgressent la norme. La notion de pouvoir médical implique désormais un ensemble de relations entre l'administration et la profession médicale.

Plusieurs idées développées au XVIII^e siècle vont constituer des références pour concevoir et appliquer des politiques de lutte contre la pauvreté et la maladie. À compter du la fin du XVIII^e siècle, les progrès des connaissances vont être intégrés dans un système politique qui se veut légal et rationnel. À titre d'exemple, les projets de creusement et d'élargissement des voies par les pouvoirs publics après 1789 se font au nom de la salubrité et s'inspirent directement de l'importance nouvelle qu'accorde la science à la qualité de l'air dans lequel Lavoisier a isolé en 1777 l'oxygène, gaz fondamental pour la santé des hommes et des animaux. Les lois du 19 mars 1793 posant le principe de l'assistance aux pauvres par l'État sur ses fonds et du 21 juin 1793 sur la prévention de la maladie et de la natalité⁸⁶, bien que très peu appliquées, préfigurent une partie de la législation sanitaire et sociale de la III^e République en vigueur dans l'Entre-deux-guerres. À travers ces deux lois on trouve une première tentative de distribution coordonnée des soins au plan géographique. En 1796, est mis en place un système dans lequel les établissements hospitaliers, les bureaux de bienfaisance sont rattachés aux communes. Cependant, si ce cadre uniforme est créé par l'État, ce dernier n'a pas la responsabilité financière de l'aide aux pauvres et aux maladies.

Les périodes suivantes poursuivront le mouvement d'amélioration de la législation sanitaire. L'hygiénisme déjà très présent en Allemagne au XVIII^e siècle s'imposera progressivement en France pendant la première moitié du XIX^e siècle comme savoir dominant pour réguler les tensions sociales et les risques en lien avec le développement industriel.

⁸⁶ Cette loi posait que chaque famille pouvait bénéficier d'une aide à partir du troisième enfant (sans condition de ressources), les mères avaient droit à une prime de layette et d'allaitement. Parallèlement la loi prévoyait que les nourrices feraient l'objet d'une surveillance par un médecin. L'ensemble des secours institués devait être distribué par une agence d'arrondissement dont la particularité au plan médical était de disposer des services d'un médecin, d'une accoucheuse et d'un dépôt de médicaments.

1.6.2 Guérir en travaillant ou l'édification d'une médecine inscrite dans l'ordre socio-économique

L'apparition du paupérisme à la fin du XVIII^e siècle présente « une catégorie historiquement inédite du malheur du peuple, faite non seulement de misère matérielle, mais aussi de dégradation morale profonde. »⁸⁷ C'est dans ce contexte que l'aliéniste Morel élabore le concept de dégénérescence qui exprime une dégradation de l'espèce humaine, héréditaire mais non originelle. La dégénérescence est suscitée par un environnement social typique de la misère ouvrière qui génère une dégradation des modes de vie des ouvriers et de leur famille. Dès lors, ces populations deviennent le centre d'intérêt d'une nouvelle médecine : l'hygiénisme.

Les progrès qui vont être réalisés au plan médical et scientifique, vont avoir une forte incidence sur les rapports qu'entretient la société avec les populations les plus exposées. Les grandes épidémies de tuberculose, typhus, choléra qui sévissent au cours du XIX^e siècle en Europe sont abordées à partir d'une approche hygiéniste. En France, l'hygiénisme va se développer à la charnière de la Restauration et de la Monarchie de Juillet, grâce en partie à la publication en 1829 des « Annales d'hygiène publique et de médecine légale » qui seront pendant près d'un siècle le symbole de la future médecine du travail.

Extrait d'un prospectus, publié en 1829 par les Annales d'hygiène publique et de médecine légale⁸⁸

La médecine n'a pas seulement pour objet d'étudier et de guérir les maladies, elle a des rapports intimes avec l'organisation sociale ; quelquefois elle aide le législateur dans la confection des lois, souvent elle éclaire le magistrat dans leur application et toujours elle veille avec l'administration, au maintien de la santé publique. L'hygiène publique qui est l'art de conserver la santé aux hommes réunis en société est appelée à recevoir un grand développement... Mais elle a devant elle encore un autre avenir dans l'ordre moral... Elle doit éclairer le moraliste et concourir à la noble tâche de diminuer le nombre des infirmités sociales. Les fautes et les crimes sont des maladies de la société qu'il faut travailler à guérir, ou, tout au moins, à diminuer et jamais les moyens de curation ne seront plus puissants que quand... la physiologie et l'hygiène prêteront leurs lumières à la science du gouvernement.

Le cadre des théories de l'hygiénisme au XIX^e siècle est essentiellement celui des effets négatifs de la révolution industrielle : l'urbanisation, les déplacements de populations qui se groupent dans des villes surpeuplées, vivant dans un état sanitaire très réduit, la

⁸⁷ R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 219.

⁸⁸ Site <http://anmteph.fr> des médecins du travail et des hôpitaux

prostitution, l'alcoolisme, etc. En Grande Bretagne, Elwin Chadwick étudie les conditions de vie de la population ouvrière et publie en 1842 un ouvrage qui aura une grande influence en Europe sur le développement de la médecine hygiéniste. En France, l'Académie des Sciences Morales confie en 1834 au docteur Villermé une enquête sur l'état physique et moral des classes ouvrières. Pendant trois ans, il parcourt la France et la Suisse, visite des centaines d'usines et met en exergue dans un discours de 1837 les conditions de travail des enfants exploités dès l'âge de cinq ans. La publication, en 1840, de son ouvrage « Tableau de l'état physique et moral des ouvriers dans les manufactures de coton, laine et de soie »⁸⁹, sera à l'origine du vote de la loi de 1841 limitant l'âge de l'embauche des enfants à partir de 8 ans. Parmi les nombreux auteurs qui se sont intéressés au monde du travail, une place particulière doit être réservée au docteur Louis-René Villermé. Il peut être considéré comme le fondateur de la médecine sociale et de la médecine du travail. Il va être le vecteur de l'idéologie dominante reflétée par l'opinion des membres de l'Académie à laquelle il appartient. Il s'efforce de démontrer que l'adoption par tous de principes moraux chrétiens, peut seule résoudre le problème de la misère constatée dans la classe ouvrière.

La mise en évidence des effets désastreux des conditions de vie des populations ouvrières conduit les États à concevoir la nécessité d'une approche collective de certains problèmes liés au progrès social. Le médecin hygiéniste est polyvalent, ses connaissances, au-delà des disciplines médicales, s'étendent à la chimie, la géologie, les sciences naturelles, la technologie industrielle, les sciences sociales, etc. Son action concerne une population vis-à-vis de laquelle il doit déceler les éléments pathogènes et proposer des solutions. Le médecin hygiéniste ne peut agir sur la population que par l'action sur l'opinion publique (notamment par la publication d'ouvrages de vulgarisations) et surtout par l'intermédiaire de l'administration : sous la Seconde République ces médecins participent aux conseils d'hygiène au niveau du département et de l'arrondissement, ainsi que dans les commissions d'hygiène des cantons ; la loi sanitaire de 1902 étend leur influence en créant les bureaux d'hygiène municipaux. Le pouvoir médical en définissant une hygiène publique et ses commandements à l'usage de tous « s'est introduit, grâce aux commissions d'hygiène, dans la plupart des rouages administratifs, pour avoir part aux décisions relatives au contrôle du milieu et tirer d'elles en même temps ses moyens d'action et un pouvoir. »⁹⁰ Le médecin devient l'un des relais de l'État, il est « la voie par laquelle s'est accomplie la pénétration de l'autorité normative jusque dans l'intimité des familles. »⁹¹ J.-P. Peter souligne

⁸⁹ L-R Villermé, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers dans les manufactures de coton, laine et de soie*, Paris, Librairies rue de Tournon, n° 3, tome II, ch.2, 1840. Des extraits de l'ouvrage sont accessibles sur le site <http://anmtph.chez.tiscali.fr/ramazzi.htm>

⁹⁰ J.-P., Peter, 1975-1976, *op. cit.*, p. 188.

⁹¹ *Ibid.*, J.-P., Peter, 1975-1976, p. 187.

la façon dont en l'espace d'un siècle, le pouvoir médical est parvenu à imposer l'idée qu'il n'y a pas de vie possible sans recours régulier à la médecine.

Le développement de cette approche de la santé est largement en lien avec celui de la profession médicale⁹². Avec la naissance de la bactériologie et les progrès de l'épidémiologie, les connaissances sur l'hygiène s'enrichissent : « en un siècle, jusqu'à la Seconde guerre mondiale, le chemin parcouru est considérable : médecins, pharmaciens et chimistes, établissent les conditions nécessaires au développement de l'hôpital contemporain ; les principes de base de l'asepsie, de l'antisepsie et de la stérilisation sont familiers et souvent appliqués. »⁹³ Grâce aux travaux de L. Pasteur (mise au point de vaccins) ou bien encore ceux de J. Lister qui découvre l'antisepsie, « des mesures d'assainissement, d'immunisation et de lutte anti-infectieuse, permirent d'abaisser régulièrement le taux de mortalité »⁹⁴. Dans ce contexte, le corps – et par conséquent le corps infirme – se médicalise, va être réintégré dans une perspective médicale de curabilité et va progressivement devenir un problème scientifique, un lieu de connaissance et d'expérimentation comme un autre ; c'est le début des catégorisations, des efforts de classement⁹⁵. La prise en compte des progrès scientifiques se traduit à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle par l'apparition d'hôpitaux spécialisés, aménagés pour séparer, accueillir et traiter une clientèle particulière.

En se spécialisant, le corps médical est en mesure « d'extraire » de la population ceux qui mettent en péril le fragile équilibre des forces de travail de la nation. Identifiés en fonction de leur pathologie, les malades sont distribués dans les centres prévus pour traiter leur cas. L'exploitation des forces de travail s'adresse à tous ceux qui peuvent fournir des efforts, et l'hygiénisme, adossé à la morale, se propose de rechercher les moyens de faire accéder les plus démunis à la dynamique économique. C'est dans ce sens que se développent des expérimentations dont la vocation est de permettre l'édification d'une médecine inscrite dans l'ordre socio-économique. Le traitement des infirmes va progresser grâce aux travaux qui vont se développer autour du travail comme thérapeutique.

➤ *Le traitement hygiéniste de la peste blanche : guérir en étant productif*

Le traitement de la tuberculose illustre la façon dont l'intervention de l'État se fait alors par le biais d'une « politique sociale qui est avant tout une police sanitaire et sociale

⁹² B. Jobert, 1985, *op. cit.*, p. 321- 327.

⁹³ J. Freney et J. Fabry, « l'Hygiéniste hospitalier : émergence d'une fonction », *Hygiène*, Volume IX, n°6, 2001, p. 375-376.

⁹⁴ Encyclopédie Universalis, 11-816c.

⁹⁵ Cependant, il faut attendre les progrès de la médecine pour que certaines formes de handicap soient identifiées comme telles (les infirmes moteurs cérébraux, l'épilepsie, maladies génétiques, etc.).

de non-citoyens »⁹⁶, adossée à une conception hygiéniste de la santé structurée autour de la notion de contrôle.

La diffusion à la fin du XIX^e siècle de la tuberculose et avec elle les peurs liées à la contagion deviennent une préoccupation commune à l'ensemble des pays industrialisés. À partir de la fin du XIX^e siècle, la lutte contre cette maladie conduit à la construction de nombreux sanatoriums à la campagne et parfaitement isolés. Le sanatorium devient le lieu d'une nouvelle spécialité médicale : la phthisiologie. Le 22 novembre 1899, Waldeck-Rousseau, Ministre de l'Intérieur et Président du Conseil institue une Commission extra-parlementaire de la tuberculose⁹⁷ afin de trouver les moyens de combattre la propagation de la maladie. Le nombre de sanatoriums augmente et l'idée de sanatoriums-fermes ou sanatoriums-ateliers est proposée pour que les tuberculeux curables puissent, dans la tradition hygiéniste, se guérir tout en étant productifs. Dans quelques sanatoriums le travail est intégré comme l'une des composantes nécessaire au rétablissement des malades curables. Si au départ le travail est perçu comme un moyen d'auto-immunisation⁹⁸ vis-à-vis de la maladie, il est ensuite perçu comme moyen de réadaptation à l'effort pour le malade.

Les phthisiologues portent un regard sur les causes sociales de la maladie, elle apparaît comme une des conséquences de la civilisation industrielle. L'opposition des modes de vies urbain – chargés de représentations négatives d'un monde ouvrier amoral qui s'étiolé dans l'alcool et le manque d'hygiène – avec ceux de la campagne, jugés plus sains, donnent lieux à des expériences de colonies agricoles. Cette forme de cure de travail à la campagne est réalisable car elle n'entre pas en concurrence avec la main-d'œuvre en place : le travail agricole crée de nouvelles richesses sans déloger d'autres travailleurs. Cette approche du traitement de la maladie par la cure de travail s'oppose aux théories allemandes qui prônent le repos comme moyen thérapeutique. À l'inverse, en France le « sanatorium productif » est valorisé car il vient contrecarrer l'idée du sanatorium de la paresse : « outre sa valeur thérapeutique, le travail systématique présente, dans les établissements de cure destinés à la classe populaire, particulièrement, de nombreux avantages pratiques d'ordre psychique, moral, social et même économique faciles à apprécier. »⁹⁹ Seuls les patients des classes aisées échappent à ce type de cure, « le travail musculaire n'est pas en effet leur condition habituelle et ils n'y sont pas préparés. L'indication sera donc remplie chez eux

⁹⁶ B. Jobert, 1985, *op. cit.*, p. 305.

⁹⁷ Elle sera remplacée en 1903 par la Commission de préservation de la tuberculose, J.-F. Montès, 1989, *op. cit.*, p. 129.

⁹⁸ La Cure d'auto-immunisation par exercices musculaires gradués est inventée par M. Paterson.

⁹⁹ A. Vigné, 1915, « De la valeur thérapeutique du travail musculaire systématisé en tuberculose pulmonaire », thèse de doctorat en médecine, Montpellier, cité par J.-F. Montès, 1989, *op. cit.*, p. 134.

par de la marche et la gymnastique graduée. »¹⁰⁰ Le « tuberculeux pauvre » devient pendant cette période un inutile à réadapter.

➤ *Le développement des expérimentations*

Le travail comme facteur thérapeutique fait, entre la fin du XIX^e siècle et 1914, l'objet de nombreuses communications médicales. Y sont abordées les questions relatives à la rémunération ou pas de ce travail. Certains médecins défendent l'idée selon laquelle il faut éveiller chez ces « malades travailleurs » la perspective de réintégrer le monde du travail. Les payer, même de façon minimale, est un moyen de les y amener. Sur la nature de ce travail, est-il un travail-traitement, un travail-récréation ou un travail-rendement ? Des expérimentations voient le jour dans lesquelles, le rôle du travail comme principe de moralisation est emblématique. Le travail, parce qu'il permet le développement physique auquel on attribue une influence sur l'état psychique et moral, doit être imposé à tous les malades qu'ils soient riches ou pauvres. Ainsi que J.-F. Montès le souligne¹⁰¹, qu'il s'agisse des aliénés, des idiots, des infirmes sensoriels ou physiques, les travaux proposés sont de nature simple (travail agricole, élevage de volailles, de porcs, de vaches..., serrurerie, cordonnerie, etc.) ; ils sont basés sur l'acquisition de techniques faciles utilisant un outillage rudimentaire. Le travail a pu être intégré par le corps médical en tant que moyen curatif car, porteur d'une forme d'éducation sociale, il permet de renforcer les conceptions hygiénistes de la santé. Ce n'est qu'avec la Première guerre mondiale que le travail des infirmes s'inscrira plus radicalement dans un rapport économique.

Différentes expérimentations se développent en direction d'autres types de pathologies qui ont pour objectif l'éducation sanitaire et morale pour les populations les plus exposées. C'est ainsi que la médecine hygiéniste déborde du champ strict de la santé pour s'intéresser aussi à l'éducation morale et sanitaire des populations les plus exposées. L'ouvrage d'E. Séguin¹⁰², *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*¹⁰³, paru en 1846, donne une illustration du type de travaux qui se développent à cette époque. Dans son ouvrage il pose les premiers fondements de la psychiatrie de l'enfant, et du développement des recherches médicales, des théories éducatives et des classements dont les déviances vont faire l'objet. Si la première partie de l'ouvrage traite de l'Idiotie avec le soin d'une mise au point sur les définitions, de l'imbécillité, de l'enfant arriéré ou encore l'enfant retardé, du crétinisme, de la démence, etc., la seconde partie quant à elle, est consacrée à l'hygiène des idiots, les troisièmes et quatrièmes parties sont réservées à leur

¹⁰⁰ *Ibid.*, A. Vigné, 1915, cité par J.-F. Montès, 1989, p. 134.

¹⁰¹ *Ibid.*, J.-F. Montès, 1989, pp. 72-73.

¹⁰² Edouard Séguin (1812-1880) a été l'un des fondateurs de la psychiatrie de l'enfant.

¹⁰³ E. Séguin, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*, Paris, Comité d'histoire de la Sécurité sociale, 1997.

Education, enfin, une cinquième partie est entièrement consacrée au Traitement moral de l'Idiotie.

Extrait de l'Avant-propos

L'idiotie, voilà la question que j'ai voulu résoudre ; à l'idiotie se sont rattachées les anomalies diverses dont les fonctions sont affectées dans l'enfance : fonctions du cerveau, fonctions des sens, fonctions des appareils moteurs et organiques ; j'ai trouvé sur ma route presque tous les désordres physiologiques qui désolent l'enfance et entravent la virilité, tantôt liés à un état d'Idiotie, d'imbécillité, de crétinisme, tantôt isolés et rongent l'individu, comme fait une plante parasite dans le règne végétal. Ces désordres des fonctions ont donc été tantôt seuls et tantôt accessoirement l'objet de ma constante sollicitude. En effet, je n'ai pas eu seulement pour élèves des Idiots ; mais j'ai soigné, élevé, développé des enfants arriérés sous le rapport de la taille, de la force musculaire, de la sensibilité générale ou spéciale d'un seul appareil, sous le rapport d'une seule ou de toutes les facultés intellectuelles : toutes les anomalies de fonctions, d'aptitudes et de facultés ont donc été l'objet de mes travaux. De là résulte le caractère de généralité qui frappera sans doute la méthode que l'on va lire.

Et corrélativement, les questions d'hygiène, d'éducation, de traitement moral, de méthode, qui se rattachent à un sujet si complexe, font de mon livre un ouvrage qui demande autant d'attention que de bonne volonté de la part des personnes qui voudront se pénétrer de l'importance et de la variété des matières qu'il embrasse.

Dans la dernière partie de cet ouvrage E. Seguin explique comment le traitement moral doit permettre aux Idiots d'être des hommes, c'est à dire être capables de prendre en considération les contraintes et devoirs que comporte la vie en société. Pour que ces rapports soient civils, ils doivent passer par l'apprentissage d'un certain nombre de comportements et de vertus dont principalement l'obéissance et l'autorité, la liberté et la volonté.

Extrait du Chapitre XLVIII – Du traitement moral de l'idiotie.

Car le but de l'éducation, loin d'être la passivité, est la liberté ; et la première condition pour être libre est de le vouloir. Liberté et volonté, deux mots qu'on n'a le droit de prononcer que quand on a prouvé que l'on comprenait bien les deux précédents : obéissance et autorité, mots que l'on sépare trop souvent et qui, séparés n'ont pas de sens, (...) ¹⁰⁴. Absolument parlant, le traitement moral de l'idiotie consiste dans l'emploi raisonné de tous les moyens propres à développer et à régulariser l'activité, l'intelligence et les passions des idiots. Et spécialement, le traitement moral consiste dans la mise en action de tous les moyens moraux propres à corroborer les prescriptions hygiéniques et pédagogiques auxquelles refuse plus ou moins de se soumettre l'idiot, et à le faire passer, de l'état exceptionnel où il est relégué, à l'état social.

¹⁰⁴ *Ibid.*, E Séguin, 1997, p. 462.

➤ *La dimension asilaire pour la maladie mentale*¹⁰⁵

La loi de 1838¹⁰⁶ consacre la psychiatrie comme spécialité médicale reconnue. Avant cette loi, il n'existe pas de lieu spécifique réservé aux aliénés (il existait des sections spéciales dans les hôpitaux généraux et quelques établissements spécialisés). Le traitement de la maladie mentale connaîtra une trajectoire spécifique à partir des interventions de Pinel qui organise l'asile en libérant de leurs chaînes les « insensés » et les « furieux »¹⁰⁷. Il inaugure une nouvelle forme de pratique médicale à travers un nouveau type de médecin : l'aliéniste. Il introduit le traitement moral des aliénés et pratique le classement des malades en séparant les agités des calmes. Malgré l'échec du traitement moral des aliénés, Pinel apporte un nouveau regard sur la folie en restituant au dément le statut de sujet à travers la reconnaissance de la présence de la raison aussi minime soit-elle au premier abord. Esquirol (qui ramènera les maladies mentales à quatre groupes principaux : la démence, l'idiotie, la manie et les monomanies), Bayle (modèle anatomoclinique qui lie psychiatrie et neurologie), et bien d'autres poursuivront le développement de la psychiatrie. Si la question du travail comme vecteur thérapeutique est théorisée par Pinel à partir d'expériences françaises et étrangères, la mise en pratique de ce mode thérapeutique n'aura que peu d'effets.

1.7 LES DEBUTS DE L'ÉTAT SOCIAL ET LES PREMIERS ELEMENTS CONSTITUTIFS DU CHAMP DU HANDICAP

En introduisant une nouvelle représentation de la société basée sur la division du travail, E. Durkheim¹⁰⁸ va permettre de dépasser les oppositions entre tenants de l'analyse marxiste – dans laquelle l'État est défini comme un appareil de domination d'une classe sur l'autre – et les libéraux récusant toute intervention de l'État au nom de la libre initiative des individus et de l'économie de marché. En posant la solidarité comme loi scientifique d'organisation de la société et en démontrant l'évolution de la société et le changement de nature de solidarité qui s'est réalisé (d'une solidarité mécanique fondée sur une similitude de condition à une solidarité organique fondée sur la division sociale du travail impliquant une complémentarité des tâches de plus en plus spécifiées), il permet de réinscrire le débat sur le travail dans une nouvelle perspective : celle de la recherche d'une réglementation permettant de réguler les relations contractuelles issues de la division sociale du travail. Il démontre à partir de la division du travail qui prévaut dans les sociétés modernes qu'il

¹⁰⁵ Le développement de la psychiatrie et du traitement social de la maladie mentale évoluant vers une plus grande autonomie et s'éloignant des questions relatives à la mise ou remise au travail des 'handicapés' en milieu ordinaire de travail, il ne sera plus fait référence à cette population dans la suite de ce travail.

¹⁰⁶ Loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838.

¹⁰⁷ Pinel conçoit avec sont surveillant J.B. Pussin le projet de l'abolition des chaînes.

¹⁰⁸ E. Durkheim, 1^{ère} éd. 1893, *De la division du travail social*, téléchargeable dans sa totalité sur le site <http://gallica.bnf.fr/scripts/ConsultationTout.exe?O=88267&T=2>

existe des collectifs qui occupent des positions différentes et complémentaires. Cette conception de la société donne à l'État une fonction régulatrice par rapport aux intérêts des différents collectifs, il devient le garant des « quasi-contrats » que les individus ont passé, par le simple fait qu'ils appartiennent à la société¹⁰⁹. Léon Bourgeois, membre du parti radical, défend l'idée d'une intervention de l'État qui va permettre de fonder une politique de justice sociale : « ce n'est pas le bonheur qui est, qui peut être le but de la société. Ce n'est pas non plus l'égalité des conditions... C'est la justice que nous devons à tous nos semblables. »¹¹⁰ La question du traitement des pauvres revient sous une forme rénovée : une société démocratique peut être légitimement inégalitaire à condition que les moins bien nantis soient considérés comme des semblables¹¹¹, solidairement associés dans une œuvre commune.

La loi sur les accidents du travail votée à la fin du XIX^e siècle va constituer ce que R. Castel nomme le « noyau » de l'expression de l'État social ; elle va dans le même temps être constitutive de la première reconnaissance du « handicap » comme risque social. Cette évolution va s'appuyer sur le pouvoir médical, dont le rôle est multiple : à la fois moyen objectif d'identifier les pauvres secourables, mais aussi lieu d'expérimentation pour la remise au travail des infirmes. Si la loi sur les accidents du travail est habituellement associée à la naissance d'un État social, elle constitue aussi la première étape significative de la construction du champ du handicap. Elle constitue le premier des trois principes qui ont été successivement mis en place pour assurer un revenu de remplacement aux infirmes pouvant en bénéficier : la responsabilité : individuelle (1804), de l'employeur (1898) et celle de la Nation (1919), l'assurance (1930) et la solidarité (1975).

1.7.1 La loi sur les accidents du travail : l'affirmation d'un droit social

Si l'idée de risque remonte à l'invention des assurances au milieu du XVI^e siècle (dans le cadre du commerce maritime), c'est à la fin du XIX^e siècle avec l'utilisation du calcul des probabilités qu'il peut être rationalisé et permettre ainsi aux activités des assurances de se stabiliser¹¹². Le passage du risque des assurances marchandes au risque social s'effectue dans la seconde moitié du XIX^e siècle en lien avec le développement du travail salarié¹¹³.

¹⁰⁹ R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 278.

¹¹⁰ L. Bourgeois, 1896, *Solidarité*, p. 94. Cité par R. Castel, *op. cit.*, 1995, p. 279.

¹¹¹ Au sens que lui donne L. Bourgeois dans *Solidarité* : « La société est formée entre des semblables, c'est-à-dire entre des êtres ayant, sous les inégalités réelles qui les distinguent, une identité première, indestructible », cité par R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 280.

¹¹² J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 226.

¹¹³ J. Donzelot, 1994, *op. cit.*

En devenant un mode de vie massif et pérenne, le salariat crée une situation inédite qui va entraîner la modification du rapport au travail salarié. Au départ conçu comme une marchandise et inscrit dans la forme juridique d'un contrat civil inter-individuel, il va être enserré dans un statut échangeant une prestation de travail contre un ensemble de garanties¹¹⁴. Dans la seconde moitié du XIX^e siècle les représentations concernant le comportement des ouvriers se transforment : à la conception d'un salarié engageant sa propre responsabilité – et justifiant ainsi la non prise en charge des accidents – succède celle d'une perception sociale des risques qui, par la suite, s'étendra à d'autres événements heureux ou malheureux de la vie. À la fin du XIX^e siècle, l'intensification du travail industriel, l'augmentation des accidents du travail et la constitution de la classe ouvrière vont être à l'origine de la loi du 4 avril 1898¹¹⁵ sur les accidents du travail. Cette première loi de protection sociale aura nécessité 18 années de débats parlementaires et d'affrontements avant que la représentation nationale ne l'adopte. La définition légale de l'accident du travail figure encore dans les textes, dans les termes même qui ont été définis il y a un siècle : celui survenu « par le fait ou à l'occasion du travail »¹¹⁶.

On assiste dès 1880 à un débat au cours duquel la perspective assurantielle et solidaire va s'imposer face à la perspective charitable. Ce débat réinscrit les accidents du travail dans l'évolution du contrat social, en transformant la conception « d'une responsabilité liée à la faute [individuelle] à une responsabilité sociale »¹¹⁷. Le développement industriel génère un phénomène spécifique – l'accident du travail – qui soumet les ouvriers à des risques qu'ils ne peuvent maîtriser alors même que les mécanismes de protection en vigueur sont impuissants à en contenir les conséquences¹¹⁸. Jusqu'en 1898, près de 90 % des accidents de travail ne donnent lieu à aucune indemnisation. La réparation des accidents du travail n'est possible que si l'ouvrier peut prouver une faute de son employeur. Puisqu'il faut à la fois établir cette faute et puisque la charge de la preuve incombe à l'ouvrier blessé (avec les coûts, la lenteur et les difficultés que l'on imagine à la fin du XIX^e siècle), on comprend aisément que les indemnisations sont particulièrement aléatoires.

La loi de 1898 sur *la responsabilité des accidents dont les ouvriers sont les victimes* a un caractère fondateur : en organisant la prise en charge automatique d'un risque, sur une base qui n'est ni la responsabilité ni la prévoyance, elle institue la notion de risque social

¹¹⁴ J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 199, § 235.

¹¹⁵ Cette loi, applicable au départ aux salariés de l'industrie, sera progressivement étendue aux salariés : de l'agriculture pour l'emploi de machines à moteur (1899) ; des entreprises commerciales de toutes natures (1906) ; des exploitations forestières (1914), et de façon facultative à toutes les entreprises souhaitant y adhérer.

¹¹⁶ Article L. 41 1-1 du code de la Sécurité sociale.

¹¹⁷ H.-J. Stiker, 1997, *op. cit.*, p. 312.

¹¹⁸ J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 619.

qui sera par la suite étendue à d'autres événements¹¹⁹. La notion de risque social permet de rapporter un certain nombre d'aléas, non à des comportements individuels mais à des processus collectifs liés au fonctionnement social¹²⁰. À travers la notion de risque social, sont prises en compte des situations qui portent atteinte à la capacité de gain du travailleur (maladie, vieillesse, chômage) et qui sont reconnues comme devant légitimement faire l'objet d'une réparation ou d'une rétribution¹²¹. Ces dernières visent à rétablir un niveau de ressource perdu du fait de l'apparition de l'infirmité. La loi de 1898 cesse de ne considérer l'accident qu'au regard d'une faute, celle du patron ou celle de l'ouvrier et il n'est plus question de conditionner sa réparation à la recherche d'une responsabilité. En inscrivant l'accident du travail comme un risque, la loi de 1898 identifie l'accident du travail comme l'origine de l'inaptitude à laquelle elle donne une base juridique. Cette nouvelle appréciation de l'accident aura deux conséquences essentielles : le risque professionnel doit être mis à la charge de l'employeur, et de lui seul, parce qu'il tire profit de la production et parce qu'il a donné (le plus souvent involontairement), naissance au risque qui a provoqué l'accident, par l'organisation des tâches de l'entreprise. Seconde conséquence directement liée à la première, la réparation est encadrée : il ne s'agit plus de réparer le dommage subi (comme c'est le cas en ce qui concerne la responsabilité civile), mais seulement une partie de celui-ci grâce à une indemnité forfaitaire. Cette législation évoluera ensuite dans plusieurs directions. Première direction : élargir le risque couvert. Si la loi de 1898 n'a pris en compte, pour des raisons d'économies, que l'accident, la loi du 25 octobre 1919 y ajoutera la maladie professionnelle. Deuxième direction : le réaménagement de 1946. La responsabilité patronale sera, après 1946, prise en charge par les caisses de Sécurité sociale, désormais gestionnaires des prestations dues aux victimes ou à leurs ayants droit (les employeurs devant simplement verser aux caisses des cotisations *ad hoc* destinées à couvrir le coût du risque dans leur entreprise ou dans leur branche).

La loi du 4 avril 1898 est la première affirmation d'un droit social, elle résulte d'un compromis entre l'abandon de toute idée d'assurance obligatoire (contraire au principe de l'autonomie des personnes), de l'introduction d'une réparation forfaitaire fondée sur le risque professionnel et de la modulation de la réparation forfaitaire dans le cas d'une faute inexcusable. Si cette loi est « favorable aux travailleurs sur le plan des conditions de la responsabilité, le législateur de 1898 ménage en revanche les intérêts patronaux sur le plan de l'étendue de cette responsabilité. »¹²² En effet, le principe d'« immunité » exclut toute

¹¹⁹ M.-T. Join-Lambert, 1994, *op. cit.*, p. 267. Actuellement, parmi les risques sociaux on distingue : le risque de santé (maladie, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles), le risque vieillesse-survie (où la survie renvoie aux prestations versées en cas de décès), le risque maternité-famille, le risque emploi (chômage, inadaptation professionnelle), le risque divers (correspond à la prise en charge de public fragilisés : bénéficiaires du RMI, délinquants, détenus, etc.).

¹²⁰ J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 137.

¹²¹ *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 227.

¹²² *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 20-21.

action en réparation de la victime ou de ses ayants droits. Cette loi peut être considérée comme une « charnière », car elle fait entrer l'infirmité – par le biais des accidents du travail et l'identification de mutilés du travail – dans le domaine de l'intervention de l'État. Avec cette loi, l'État apparaît comme le garant de mesures sociales inscrites dans une idée de justice sociale, idée qui s'oppose au droit de la responsabilité et aux traditionnelles œuvres de bienfaisance privées. L'introduction d'une socialisation du risque professionnel fait émerger un nouvel acteur : les compagnies d'assurances (les entreprises doivent souscrire des contrats d'assurance auprès de compagnies privées), dont l'action va être de donner un coût à l'infirmité. Avec cette loi, la prise en compte de l'infirmité, qui auparavant était sociale et charitable, change ; on entre dans le domaine de l'administratif. L'État délègue à un organisme le droit de dire qui est invalide en fonction d'un critère de causalité : telle personne est invalide car elle a eu son accident sur son lieu de travail et peut obtenir réparation. Les débats qui ont abouti à la loi sur les accidents du travail portent les idées de réparation, de responsabilité collective, d'implication de l'État, de normalisation sur la moyenne, d'assurance sociale, mais ils n'abordent pas encore celles de réadaptation et de reclassement professionnel qui apparaîtront lors de la Première guerre mondiale.

1.7.2 L'assistance publique pour les autres

Pour les autres, le principe d'assistance publique se concrétise par la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables, basée sur le principe de devoir social qui semble alors la solution la plus adaptée pour atténuer la misère et la mendicité, notamment chez les infirmes. L'État, qui dès 1893 avait voté la loi sur l'assistance médicale gratuite pour les indigents temporairement empêchés de travailler¹²³, prend en considération avec la loi de 1905 le cas des personnes qui ne peuvent définitivement plus travailler¹²⁴. L'élaboration et le vote de la loi prendront une quinzaine d'années pendant lesquelles les débats porteront sur « la forme et l'étendue du droit à accorder aux bénéficiaires de l'assistance »¹²⁵ qui deviennent, par cette loi, des ayant droits et non plus des indigents.

On peut dire que la fin du XIX^e siècle correspond à une prise de conscience par la société d'une responsabilité collective face à certains risques¹²⁶ et de la nécessité de mettre

¹²³ « La loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite organise la prise en charge financière par les communes, subventionnées par l'État, des soins apportés, à domicile ou à l'hôpital, aux personnes dénuées de ressources », in C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 104.

¹²⁴ « Sont maintenus en dehors de l'assistance obligatoire les indigents valides, lesquels, s'ils ne cotisent pas à une caisse syndicale ou mutualiste du chômage, sont renvoyés sur les bureaux de bienfaisance municipaux et sur les œuvres privées d'assistance par le travail », in Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 105.

¹²⁵ *Ibid.*, C. Guitton, 1996, p. 105.

¹²⁶ À partir notamment des problèmes posés par les accidents du travail, la propagation de la tuberculose, les victimes de guerre, etc.

en place un système d'assurance sociale. Cette mise en place est rendue possible à partir de la III^e République qui inaugure un régime durable pendant lequel l'organisation de l'État va aller vers une plus grande intervention de ce dernier. L'administration de l'État, pour mieux répondre aux différentes questions sociales, se renforce d'une série de nouvelles institutions : Direction de l'Assistance publique (1886), Conseil supérieur de l'Assistance publique (1888), Office du travail (1891), Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale (1905), etc.

2 LA MONTEE EN PUISSANCE DE LA PROBLEMATIQUE DE L'INSERTION DES INFIRMES

2.1 LA GUERRE DE 1914-1918 ET LE PHENOMENE DE MASSIFICATION DE L'INFIRMITE

24 juin 1915

« Dans la tranchée, le pis, ce sont les torpilles. Le déchirement produit par 50 kg de mélinite en éclatant est effroyable. Quand l'une d'elle tombe en pleine tranchée, et ces accidents-là arrivent, elle tue carrément 15 à 20 types. L'une des nôtres étant tombée chez les Boches, des pieds de Boches ont été rejetés jusque sur nos deuxièmes lignes. »

Michel Lanson¹

La guerre de 1914-1918 a eu comme conséquence la massification du nombre de mutilés auprès desquels la nation s'est trouvée redevable. Comme le montre J.F. Montès², lors de ce conflit, des milliers de blessés sont envoyés vers des établissements de soin militaire ; leur grand nombre et leur inoccupation posent la question de leur utilité. Le problème de l'infirmité devient un problème social dans la mesure où toutes les familles ont dès lors connaissance de quelqu'un qui a été tué ou blessé dans un contexte de guerre.

Au delà de son caractère meurtrier, la Première guerre mondiale constitue l'événement à partir duquel se pose de façon cruciale la question de la récupération de la main-d'œuvre mutilée et de la réparation financière des blessés.

¹ J.-P. Guéno et Y. Lamplume dir., *Paroles de Poilus – Lettres et carnets du front 1914 – 1918*, Pössneck, Librio, 1998, p. 62.

² Voir à ce propos les articles de J.-F. Montès, 1992-2 et 1994, *op. cit.*

Extrait du rapport d'information présenté le 27 octobre 1999 au Sénat par J. Baudot³

« En 1919, la France comptait 39 millions d'habitants. La mobilisation a touché plus de 20 % de la population, pratiquement 41 % des personnes de sexe masculin et 75 % des hommes de 20 à 35 ans. La mobilisation a porté sur 33 classes (de 1887 à 1919), les personnes appelées les plus âgées avaient 47 ans. Or, les pertes subies ont été à la mesure de l'importance des forces engagées. Les personnes tuées ou disparues au feu représentent 1.393.000 morts tandis qu'on évalue le nombre des blessés à 3.595.000 et que 56.000 personnes furent amputées. La population civile souffrit également. On dénombre 110.000 victimes mortes des suites de la guerre. Le conflit a laissé en outre 600.000 veuves et 956.000 orphelins. Le caractère extrêmement meurtrier de ce conflit et le devoir de reconnaissance de la nation à l'égard des anciens combattants ont conduit à l'adoption de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions d'invalidité. »

2.1.1 L'essor de la rééducation et la réadaptation professionnelle

Si le problème posé par la tuberculose au sein de l'armée génère les premières expérimentations de colonies militaires sanitaires et agricoles (1912)⁴, le nombre massif de blessés de guerres pose très rapidement (août 1914), la question de l'organisation des structures de soin et de convalescence : « la dépêche du 24 octobre 1914 de la 7^{ème} direction du ministère de la Guerre crée tout un ensemble de centres de rééducation fonctionnelle, les centres de physiothérapie et mécanothérapie, pour désengorger les hôpitaux saturés de blessés convalescents »⁵.

D'un point de vue juridique, aucun texte ne prévoit la question de la rééducation professionnelle des mutilés de guerre ou du travail⁶. La guerre de 1914-1918, qui peut être considérée comme un immense épisode de la tuberculose, va trouver la défense antituberculeuse en France dans un état de dénuement absolu. Sur les 9 millions de soldats mobilisés, on va découvrir 3 à 400 000 suspects, et renvoyer dans leur foyer pendant la guerre plus de 100 000 soldats tuberculeux. On estime que pendant cette période la tuberculose tue à peu près 80 à 90 000 personnes par an. En l'absence des antibiotiques (qui apparaissent durant la Seconde guerre mondiale), il n'y a pas de moyen de lutter contre cette maladie, sauf à couper le fil de la contagion en isolant les malades. La situation des militaires

³ Sénat, session ordinaire de 1999-2000, annexe au procès verbal de la séance du 27 octobre 1999, rapport d'information fait au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur les activités de l'Office national des anciens combattants, par M. J. Baudot, Sénateur. Document téléchargeable sur : <http://cubitus.senat.fr/rap/r99-032>

⁴ J.-F. Montès, 1989, *op. cit.*, p. 143.

⁵ J.-F. Montès, 1994, *op. cit.*, p. 5.

⁶ « En dehors de la loi de 1831 régissant le système des pensions militaires, les textes disponibles sont, d'une part, la législation de 1898 sur la réparation des accidents du travail et, d'autre part, la loi de 1905 sur l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, aucun de ces textes ne permettant d'envisager la question spécifique de la rééducation professionnelle des mutilés de guerre ou des mutilés du travail », in Guittou, 1996, *op. cit.*, p. 112.

atteints de tuberculose est tout aussi préoccupante. Dès 1915, le service de santé militaire saisi n'a pas les moyens d'apporter une réponse satisfaisante aux besoins des militaires tuberculeux. Il fait appel au ministère de l'Intérieur afin de mobiliser, via les préfets, des structures locales d'accueil⁷ ; « le 18 octobre 1915, sont créées d'urgence des stations de fortune appelées stations sanitaires. »⁸

La perception grandissante d'une masse de personnes touchée par la maladie, la guerre ou l'accident du travail, fait émerger – dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre – une nouvelle idée : celle de leur réintégration dans le circuit économique et social. L'idée de la rééducation et de la réadaptation va se développer à partir des problèmes posés par les malades atteints par la tuberculose et les blessés de guerre. La création des centres de rééducation fonctionnelle, de prothèse, d'orientation et de formation professionnelle se fait dans l'urgence, elle est essentiellement du ressort des médecins du service de santé militaire. C'est au cours des années 1915 et 1916 qu'un ensemble de textes législatifs organise la rééducation professionnelle et les stations sanitaires pour les tuberculeux. Cependant, « la multiplicité des intervenants, ministères, villes, départements, œuvres privées, organisations étrangères abouti à l'existence d'un système totalement morcelé, présentant des disparités discriminantes préjudiciables aux mutilés eux-mêmes »⁹. Ce dispositif manque d'homogénéité, la rééducation professionnelle est gérée par des secteurs différents (ministère du Travail et l'Office national des mutilés de guerre).

Les notions de rééducation et de réadaptation sont construites à partir d'une conception selon laquelle « l'inadaptation de départ doit être compensée pour se terminer par une adaptation. »¹⁰ À partir de 1919, l'idéologie qui sous-tend la mise en place de ce système suppose que « le principe directeur de la rééducation a toujours été de compenser la blessure par un accroissement de la valeur professionnelle, et cela à l'usine comme au bureau, comme à la terre ; d'élever en somme les mutilés à un degré supérieur au point de vue travail, afin de recruter parmi eux une partie des cadres (...). Le machinisme actuel exige des ouvriers qualifiés et des ouvriers cultivés. Les mutilés manœuvres sont voués au chômage. »¹¹ La réparation physique est possible grâce au développement de la prothèse qui date de la même époque. L'Office national des mutilés (aujourd'hui Office national des anciens combattants – ONAC), va constituer le démarrage de l'appareillage généralisé. Son développement va introduire l'idée que l'on peut remplacer, c'est à dire réparer, « effacer » l'infirmité. La première rééducation qui apparaît est celle du membre qui reste, on

⁷ J.-F. Montès, 1989, *op. cit.*, p. 144-145.

⁸ *Ibid.*, J.-F. Montès, 1989, p. 145.

⁹ J.-F. Montès, 1994, *op. cit.*, p. 5.

¹⁰ H.-J. Stiker, 1997, *op. cit.*, p. 147.

¹¹ « Rapport ROGER », assemblée plénière de l'Office national des mutilés et des réformés du 10 novembre 1921. Cité par J.-F. Montès, 1992-2, *op. cit.*, p. 16.

cherche d'abord à utiliser le potentiel restant pour un besoin immédiat de main-d'œuvre. Cette conception coïncide avec celle de l'organisation tayloriste du travail : les entreprises recherchent une main-d'œuvre exploitable rapidement.

Cette période est caractérisée par le thème de « l'infirmes utile », c'est à dire de celui qui par son travail peut contribuer au développement de la société. Après avoir bénéficié d'une réparation (physique), l'infirmes peut, dans les cas de pénurie de main-d'œuvre, être utile à la société. La conception qui domine les pratiques de rééducation et de réadaptation est celle de la réintégration, cette conception consiste à « nier la différence ou à concentrer les efforts sur sa réduction »¹². Comme l'indique H.J. Stiker : « on distingue avec soin les catégories de ré-intégrables de celles que l'on se contente *d'assister* »¹³. L'infirmes rééduqué peut être assimilé par la société et devenir utile. Le préambule de 1936 de la plaquette présentant l'Ecole Pratique et Normale de Rééducation professionnelle de Bordeaux (centre encore géré par l'ONAC) est très explicite sur ce propos.

« La récupération de la main-d'œuvre mutilée et infirmes par la Rééducation Professionnelle est une nécessité économique, en même temps qu'un devoir social. C'est la forme moderne de l'Assistance sociale aux mutilés et aux infirmes. D'un « déchet humain » faire un travailleur, un producteur, un homme utile quelle plus noble tâche ! De cette tâche, prenez votre part ! Aidez-nous ! ».

Bordeaux le 1^{er} septembre 1936
J. THIBAUDEAU – Ingénieur A. & M.
Directeur de l'Ecole de Rééducation Professionnelle de Bordeaux

La guerre de 1914-1918 marque le début du développement de la rééducation, à partir de cette époque, un ensemble d'établissements – souvent d'ordre médical – va se créer. H.-J. Stiker explique ce développement par le fait qu'« une grande frénésie du redressement s'empare de nombreux médecins et des techniques apparaissent et progressent rapidement »¹⁴. Leur croissance va s'accélérer après la Seconde guerre mondiale en lien avec le développement de l'action des associations, de la mise en place de la Sécurité sociale et des progrès médicaux.

¹² A. Labregère, 1989, *op. cit.*, p. 23.

¹³ H.-J. Stiker, 1997, *op. cit.*, p. 133.

¹⁴ *Ibid.*, H.-J. Stiker, 1997, p.118.

Si la rééducation professionnelle est perçue comme une action complémentaire au versement d'une pension, les possibilités d'emplois issus de la pénurie de main-d'œuvre (en milieu industriel ou agricole) et le coût imputé des formations sur les pensions¹⁵, vont encourager les mutilés de guerre à travailler sans suivre de formation professionnelle. De nombreux soldats refusent de suivre une rééducation professionnelle par crainte de voir diminuer le montant de leur pension suite à la récupération d'une part de leur capacité productive et d'une trop forte concurrence sur le marché du travail. Les écoles sanitaires de rééducation pour militaires n'auront – malgré leurs résultats – qu'une courte durée d'existence ; à aucun moment il ne sera envisagé de faire bénéficier les tuberculeux civils de ces installations¹⁶. L'accès des centres de rééducation professionnelle à l'ensemble des autres catégories d'invalides se fera progressivement. Pendant l'Entre-deux-guerres, un certain nombre de textes va étendre la rééducation professionnelle à de nouvelles catégories : les veuves et pensionnées de guerre (décret du 21 mai 1919) ; les victimes civiles de guerre (loi du 28 juillet 1921) ; les alsaciens-lorrains (loi du 17 avril 1923). C'est par la loi du 5 mai 1924 que les mutilés du travail auront accès, à titre dérogatoire et payant, aux centres de rééducation professionnelle. Si l'idée de chaîne thérapeutique commence à se généraliser, « jusqu'en 1940 pourtant, elle n'aura concerné que 10 % des invalides de guerre, 2 % des invalides du travail, moins de 0,1 % des autres invalides. Toutefois, l'impact obtenu par le concept de rééducation professionnelle est largement supérieur au résultat réel. En effet vont apparaître, par exemple, à partir de 1937, les programmes de 'rééducation professionnelle des chômeurs' pour faire face aux besoins de la relance de l'industrie métallurgique et d'armement. »¹⁷

2.1.2 L'obligation d'emploi et la mise en débat de la question du quota¹⁸

Les conséquences humaines de la Première guerre mondiale conduisent à la création de différents offices¹⁹. Il s'agit alors d'apporter une aide aussi bien aux anciens combattants blessés ou mutilés ainsi qu'à leur famille en cas de décès. Afin de mettre en application la loi sur les pensions de 1919, l'État crée le ministère des Anciens Combattants le

¹⁵ « Les militaires en instance de réforme perçoivent une allocation spéciale de 1,70 F (...), les mutilés en rééducation subissent un prélèvement de 1,20 F sur cette allocation, ce qui n'est pas le cas des pensionnés », in J.-F. Montès, 1992-2, *op. cit.*, p.15.

¹⁶ J.-F. Montès, 1989, *op. cit.*, p. 152.

¹⁷ J.-F. Montès, « L'assistance par le travail : des valides aux invalides », in *Les cahiers de la Recherche sur le travail social*, n°19/90, p. 41. Cité par C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 110.

¹⁸ Voir à ce propos l'article de J.-F. Montès, « Une histoire de 'l'emploi obligatoire' des invalides ou la querelle d'un quota », *Revue française des Affaires sociales*, juillet-septembre 1992-1 n°3, p. 77-92.

¹⁹ Les conséquences de la Première guerre mondiale ont conduit les gouvernements à créer un Office national des mutilés et réformés de guerre (arrêté interministériel du 2 mars 1916), un office national des pupilles de la nation (loi du 29 juillet 1917), un Office national des mutilés et réformés de guerre (loi du 2 janvier 1918), et un Office national du combattant (loi du 19 décembre 1926). Ces différents offices ont peu à peu fusionné pour devenir, en 1946, l'Office national des anciens combattants (ONAC).

23 janvier 1920. La création de ce ministère introduit le dédoublement de l'organisation administrative des anciens combattants (qui perdure encore aujourd'hui) favorisant une plus grande polarisation des missions : la réparation et l'indemnisation pour le premier, l'action sociale pour le second²⁰. Cependant, l'action des offices ne permet pas d'apporter une solution durable au sort des millions d'anciens combattants que la guerre a rendu invalides. Deux formes de réponses sont apportées à ce moment là : le versement d'une pension pour ceux dont la réinsertion professionnelle n'est pas envisageable, ces derniers bénéficient dorénavant d'un droit et non pas d'un devoir d'assistance²¹ ; et pour les autres, l'accès à la rééducation professionnelle²². D'un point de vue législatif deux lois vont encadrer le droit à la rééducation professionnelle des mutilés de guerre : la loi du 2 janvier 1918 faisant obligation pour l'État d'assurer la rééducation professionnelle des mutilés de guerre qui en font la demande et la loi du 31 mars 1919 accordant la prise en charge de la rééducation professionnelle à l'ensemble des invalides de guerre. Avec cette loi, le versement d'une pension n'est plus perçu comme un devoir d'assistance mais comme un droit. Dans l'idée de cette loi, la rééducation professionnelle est l'un des moyens devant permettre aux mutilés de guerre d'accéder aux ressources dont ils ont besoin par le travail. Mais après la guerre, la pénurie de main-d'œuvre est moins importante et la réinsertion professionnelle des blessés de guerre se heurte au retour des mobilisés dans les campagnes et aux normes de production dans l'industrie qui exigent des travailleurs en pleine possession de leurs moyens capables de s'adapter aux cadences. Ces nouveaux facteurs pèsent de façon négative sur la réinsertion professionnelle des mutilés de guerre. Seuls les blessés qui ont suivi une rééducation complète peuvent envisager de réinvestir le monde du travail, les autres se retrouvent au chômage car trop peu qualifiés. La question de leur insertion professionnelle va faire l'objet de longs débats.

Parmi la série de textes va organiser le retour au travail des mutilés de guerre²³ c'est la loi du 26 avril 1924, relative à l'emploi obligatoire de militaires percevant une pension d'invalidité, qui apparaît comme la plus importante car, en imposant à « l'ensemble des

²⁰ Sénat, session ordinaire de 1999-2000, annexe au procès verbal de la séance du 27 octobre 1999, Chapitre premier.

²¹ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 118.

²² Loi du 2 janvier 1918 obligeant l'État à assurer la rééducation professionnelle des mutilés de guerre qui en font la demande.

²³ La loi du 17 avril 1916, complétée par celle du 31 janvier 1923, accorde aux militaires et marins réformés ou retraités par suite de blessures ou d'infirmités contractées durant la guerre, un droit de préférence pour l'obtention des emplois réservés aux anciens militaires dans les administrations, les entreprises jouissant d'une concession, d'un monopole ou d'une subvention d'une collectivité publique. La loi du 2 janvier 1918 organise la rééducation professionnelle en instituant notamment l'office national des mutilés et réformés de guerre destiné à subventionner les écoles de rééducation. La loi du 31 mars 1919 accorde un droit de réparation aux militaires affectés d'infirmités résultant de la guerre en instituant pour eux une pension fixée en fonction du taux d'invalidité. La loi du 31 janvier 1923 porte sur l'obligation des emplois réservés. La question de la titularisation de ce personnel est mise en débat et en avril 1925, les décrets d'application sont votés. Voir M.-L. Cros-Courtial, 1989, *Travail et handicap, en droit français*, Ed. C.T.N.E.R.H.I, (tome 1), p. 15 et suiv.

entreprises privées, une obligation d'employer une catégorie de travailleurs »²⁴, elle innove sur le plan de l'emploi. Mais il faut attendre 1928 pour que les décrets relatifs à l'obligation d'embauche des mutilés de guerre dans les entreprises soient votés.

J.-F. Montès aborde la question du taux d'emploi des personnes handicapées telle qu'elle a été posée lors des débats entre 1916 et 1928 : « le problème du quota d'emploi des mutilés se pose, originellement dans la loi du 17 avril 1916, aussi bien dans l'emploi réservé – secteur public – que dans l'emploi obligatoire – secteur privé. (...) Doit-on employer, dans n'importe quel secteur, tous les mutilés ? Ne risque-t-on pas, ce faisant, d'avoir des places 'monopolisées' par ces derniers ? »²⁵. La question du quota est posée afin de ne pas « encombrer » les administrations de l'État de mutilés que dans le secteur privé. L'Office national des mutilés et réformés tente dans un premier temps d'établir une règle de distribution qui tienne compte de la répartition de la part relative de chaque profession dans l'effectif des mobilisés²⁶. Si les résultats obtenus donnent un aperçu de la distribution des mobilisés dans différentes catégories socioprofessionnelles²⁷, ils ne se traduisent pas dans les faits par une répartition équivalente. C'est par le biais d'une enquête effectuée en 1923 auprès de 4 653 établissements industriels et commerciaux (employant au moins 100 salariés) représentant 1 527 000 salariés (dont 953 000 hommes), qu'une répartition moyenne des mutilés est mise à jour : globalement, la proportion moyenne des pensionnés dans ces établissements est de 5 %. Par ailleurs, il ressort de ces résultats qu'en l'absence de toute obligation, certains employeurs et catégories d'entreprises n'ont employé que peu ou pas, d'invalides ; alors que des entreprises du même type, placées dans les mêmes conditions, affichent un pourcentage élevé d'invalides dans leur effectif. Devant de telles différences, la contrainte légale semble la solution pour « assurer une répartition équitable de la main-d'œuvre invalide aussi bien entre les différentes catégories d'entreprises qu'entre les différents employeurs d'une même catégorie. »²⁸

Deux thèses s'affrontent quant à la façon de gérer l'obligation d'emploi des mutilés. La première, portée par le ministère du Travail prône un taux modulable par entreprise ; la seconde, défendue par les associations de mutilés et réformés, un taux unique quelque soit l'entreprise. La logique du taux modulable s'inscrit dans la mise en évidence des taux dif-

²⁴ *Ibid.*, M.-L. Cros-Courtial, 1989, p. 16.

²⁵ J.-F. Montès, 1992-1, *op. cit.*, p. 78.

²⁶ L'Office national des mutilés et réformés estime que « pour la répartition et l'établissement des listes des emplois réservés, si l'on tient compte du niveau intellectuel exigé pour chaque emploi, on pouvait établir approximativement, la proportion par catégorie professionnelle de candidats », *Ibid.*, J.-F. Montès, 1992-1, p. 78.

²⁷ Répartition des mutilés en pourcentage : Agriculture - 45.8 % , Commerce – 10.6 % , Domestiques – 0.3 % , Industrie – 29.4 % , Mines – 1.8 % , Professions libérales – 2.6 % , Transports et services publics – 9.5 % , *Ibid.*, J.-F. Montès, *op. cit.*, 1992-1, p. 78.

²⁸ A. Tixier – Procès verbal de la réunion des experts sur le placement des invalides, Bureau International du Travail, séance du 31.07.1923, p. 243, cité par J.-F. Montès, *Ibid.*, 1992-1, p. 78.

férents de recrutements de mutilés selon les secteurs économiques : « dès 1919, il y a un certain consensus contre l'emploi, à quelque taux que cela soit, des mutilés dans les entreprises industrielles et le commerce »²⁹. Certains secteurs économiques font valoir le manque de productivité de ce public et la charge qu'il représente pour leur activité (actuellement, de nombreux employeurs tiennent toujours ce discours). Les associations défendent le choix d'un taux fixe afin de laisser ouvertes dans l'avenir les possibilités d'insertion professionnelle des victimes de guerre dont l'âge augmentant diminuera les possibilités de reclassement. Le choix d'un taux uniforme pour toutes les entreprises à hauteur de 10 %³⁰ dans l'arrêté du 16 juillet 1925 (taux dont la fixation devait être réévalué régulièrement), et la possibilité pour les entreprises de bénéficier de deux ans pour y parvenir, va entraîner de nombreuses réactions dans les milieux économiques, ces derniers considérant le taux de 10 % supérieur aux besoins réels et demandant des taux modulables selon les professions. Malgré plusieurs tentatives du ministère du Travail pour proposer des taux modulables, et les pressions de plusieurs secteurs économiques (Chambres de commerce et d'industrie en particulier), le taux de 10 % restera la référence jusqu'en 1987.

Après 1931, la forte montée du chômage et les problèmes d'indemnisation des chômeurs relègueront au second plan la problématique de l'emploi obligatoire. L'élargissement de l'application de la loi sur l'emploi obligatoire aux mutilés du travail puis aux autres catégories ne se fera qu'après la Seconde guerre mondiale. L'argument majeur qui a freiné une telle extension est clairement exprimé en 1933 dans les propos de la Chambre de commerce de Paris : « les privilèges accordés aux mutilés de la guerre ne trouvent leur légitime raison d'être que dans la nature très particulière de la dette que la nation avait contracté envers les victimes de la guerre. En élargissant le cercle d'application d'une loi qui n'a été élaborée que pour un temps donné et une catégorie déterminée de personnes, on lui ferait perdre son caractère initial. (...) On en vient ainsi, sous prétexte de faire triompher dans notre démocratie le principe d'égalité, à créer sans cesse de nouveaux privilèges qui ne font d'ailleurs qu'accroître les appétits de ceux qui en bénéficient. »³¹

²⁹ *Ibid.*, J.-F. Montès, 1992-1, p. 82.

³⁰ Taux, qui comparé à celui des autres pays européens est deux fois supérieur : le pourcentage général d'emploi obligatoire à la même époque est fixé à 2 % en Allemagne et en Pologne, 4 % en Autriche, 5 % en Italie et Royaume-Uni.

³¹ Chambre de commerce et d'industrie de Paris, Commission de législation, Questions financières et fiscales, rapport Loebnitz, 15 novembre 1933, p. 2 et 3, cité par J.-F. Montès, 1992-1, *op. cit.*, p. 86.

2.2 LE ROLE MAJEUR DES ASSOCIATIONS PENDANT L'ENTRE-DEUX-GUERRES DANS LA STRUCTURATION DU CHAMP DU HANDICAP

Pendant l'Entre-deux-guerres, l'initiative privée va jouer un rôle important dans la création de structures d'accueil et de formation et en développant le nombre d'expérimentations pour appliquer les techniques rééducatives et réadaptatives à différentes catégories d'infirmes autres que celles définies par le législateur – à savoir les accidentés du travail et les invalides de guerre³².

2.2.1 Le développement de l'initiative privée

Si la logique de charité a été fondatrice de l'ensemble des œuvres privées au départ, d'autres vont se créer à partir de la loi sur les accidents du travail et de la guerre de 1914-1918 (associations de mutilés du travail et celles des anciens combattants) porteuses d'un discours sur la réparation. Ces mouvements associatifs ont organisé leurs intérêts selon le mode administratif de reconnaissance de l'infirmité ou de la maladie. C'est ainsi que les associations d'accidentés du travail défendent leurs intérêts parallèlement aux associations de mutilés de guerre. À compter de la fin de la Première guerre mondiale, les associations détiennent un rôle clé. Conséquence de la massification liée à la Première guerre mondiale, les invalides de guerre vont être les premiers à fonder des associations³³. Ils sont suivis par les mutilés du travail qui revendiqueront, dès 1920, l'égalité des pensions entre eux et les mutilés de guerre. Ces associations vont contribuer à l'élargissement du dispositif à des catégories qui – faute de l'existence d'une législation – ne pouvaient pas prétendre à une pension. Il faut attendre 1935 et les lois sur les pensions d'invalidité pour que ceux d'entre eux qui ont travaillé puissent bénéficier d'une pension d'invalidité. Ces lois marquent le passage de l'infirmes à l'invalides, ce dernier relevant d'une logique de réparation et pouvant prétendre à une pension.

Pendant l'Entre-deux-guerres, les associations civiles (et non plus seulement les associations d'anciens combattants et mutilés de guerre) vont se multiplier. Durant cette période, les œuvres privées s'organisent pour prendre en charge la rééducation des infirmes civils. Le rôle des initiatives privées (médecins et anciens malades) est central dans le développement des expérimentations. H.J. Stiker³⁴ montre comment – à partir de l'exemple

³² S. Ebersold, *op. cit.*, 1992, p. 28.

³³ En dehors des aveugles et des sourds, il n'y avait pas d'associations réunissant les infirmes.

³⁴ H.-J. Stiker, 1997, *op. cit.*, p.146-147.

archétypal de la lutte de Suzanne Fouché, « qui lança son cri depuis son chariot plat de Berck-Plage » pour revendiquer son indépendance économique par sa réintégration dans le monde du travail – la pratique de la réadaptation s’est construite à partir d’une conception selon laquelle « l’inadaptation du départ doit être compensée pour se terminer par une adaptation. » Cette conception renvoie à l’image – selon l’expression de H.J. Stiker – de la chute à la réintégration dans le peloton des normaux. Ce rapport à la norme, défini par la médecine et l’introduction des méthodes quantitatives, va imprégner la conception de la réadaptation. Cette conception s’appuie sur le recours aux aides techniques et à des professionnels autres que les médecins pour permettre un retour à la norme (ou du moins au plus près de la norme) des infirmes, et envisager leur intégration dans la vie « ordinaire ».

On peut citer la création de l’Association catholique des malades de Berck en 1926 par Suzanne Fouché qui fondera ensuite en 1929 la Ligue pour l’Adaptation du Diminué Physique au Travail (LADAPT) ; ou encore en 1933 celle de l’Association des Paralysés de France (APF), etc.³⁵ Ces associations sont actives et développent la rééducation professionnelle pour de nouvelles catégories d’infirmes. J.F. Montès³⁶ a pu recenser pour l’année 1948 : 28 établissements de rééducation pour les tuberculeux, 18 pour infirmes osseux et paralysés, 13 pour infirmes de guerre et mutilés du travail et 7 externats à Paris pour déficients physiques. L’ONAC gérait quant à lui 11 centres agréés comme écoles de rééducation professionnelle, les organismes privés gérant les autres. Cette répartition met en relief le rôle prépondérant des associations dans la mise en place de ces premiers centres de rééducation professionnelle. Afin de les fédérer, « LADAPT, l’Association d’Entraide Vivre et l’Association Praz-Coutant fondent la Fédération des associations de post-cure. Cette association deviendra la Fédération des Associations Gestionnaires d’Etablissements de Rééducation pour Handicapés [FAGERH] »³⁷. La FAGERH gère encore aujourd’hui la majorité des centres de rééducation professionnelle vers lesquels sont orientés les travailleurs handicapés. La permanence de la FAGERH témoigne de la façon dont un discours³⁸ et/ou une institution peut se maintenir au-delà des conditions qui l’ont vu naître. On l’aura compris, le dispositif actuel de formation professionnelle des personnes handicapées est l’héritier d’un ensemble éclectique d’établissements construits en marge du dispositif de droit commun par l’initiative privée.

³⁵ Les premières associations orientées vers les déficiences mentales apparaissent après la Seconde guerre mondiale sous l’initiative de parents d’enfants handicapés mentaux, in E. Archambault, *Le secteur sans but lucratif*, Paris, Economica, 1996, p. 148-149.

³⁶ J.-F. Montès, 1989, *op. cit.*, p. 243.

³⁷ H.-J. Stiker, 1997, *op. cit.*, p. 250.

³⁸ Ici, celui selon lequel les infirmes peuvent accéder – moyennant une pédagogie et des techniques adaptées et sous réserve de fonder des établissements spécialisés – aux mêmes biens que les « normaux ».

Les difficultés de réinsertion que connaissent les infirmes pendant cette période incitent les associations à proposer une forme d'organisation qui soit en mesure de favoriser l'insertion de ce public dans le secteur économique. Cet extrait d'une intervention de Suzanne Fouché, lors de la première Conférence internationale du Service social à Paris du 5 au 16 juillet 1928, illustre la conception que se font certaines associations de l'organisation de la rééducation et de la réinsertion professionnelle des « diminués physiques » qui doivent travailler pour subvenir à leurs besoins. Elle décrit ce que sera en grande partie l'organisation de la réinsertion professionnelle des travailleurs handicapés proposée par la loi de 1957 (*cf. infra* 3.5.1).

**Extrait du discours de Suzanne Fouché en 1928
à la première Conférence internationale du Service social à Paris**³⁹

« Au nom des infirmes et pour la prévention du chômage, nous demandons au service social de s'intéresser activement à la reprise du travail des diminués physiques et de vouloir bien s'employer à la solution des problèmes suivants :

1. Que tout infirme relevant de l'Assistance publique soit soigné et appareillé, non au rabais mais selon les meilleures méthodes ;
2. Qu'une commission d'orientation professionnelle en union étroite avec l'hôpital, guide l'infirmes dans le choix d'un métier ;
3. Que ce métier soit enseigné aux frais de l'État dans des centres d'adaptation professionnelle, puis éventuellement facilité par la création d'ateliers spéciaux, emplois réservés, etc.
4. Qu'un médecin surveille la reprise du travail, en fixe la durée, ait le droit d'imposer un repos momentané, dans un établissement spécial.

Grâce à ces mesures, l'infirmes consoliderait sa guérison, évitant la rechute qui encombre d'incurables les hospices. Mais surtout, reprenant lui-même la responsabilité de sa vie et ayant reconquis son indépendance économique, non seulement il dégrèverait les budgets d'assistance, mais il deviendrait un contribuable collaborant pour sa part à la prospérité de 'son pays'. »

L'idée de la réinsertion professionnelle des tuberculeux qui ont suivi une formation commence à être portée, à partir des années trente, par les associations de malades. Mais, il faut attendre la fin de la Seconde guerre mondiale, pour que plusieurs de ces associations (LADAPT, APF, UNAPEI, etc.) bénéficient d'un monopole de représentation⁴⁰ et de l'expertise légitime⁴¹ garantis par l'État. En défendant une conception prônant un objectif

³⁹ J.-F. Montès, 1989, *op. cit.*, p. 219.

⁴⁰ P. Muller, *Les politiques publiques*, Paris, PUF, Que sais-je ? 1994 (1^{ère} éd. 1990). p. 19.

⁴¹ B. Jobert et P. Muller, *L'État en action, politiques publiques et corporatismes*, Paris, PUF, 1987, p.165.

de réadaptation et de réintégration, toutes ces associations vont induire l'élargissement de la palette de professionnels intervenant dans le champ du handicap. Cette nouvelle conception permet de dépasser l'aspect strictement médical du traitement du handicap car elle nécessite l'intervention d'une nouvelle catégorie de professionnels : les professions paramédicales.

2.2.2 Guérir par le travail sans mettre en péril l'équilibre économique

Comme on l'a vu précédemment, la Première guerre mondiale constitue un grand épisode de la tuberculose. Dans le traitement de la tuberculose, le réentraînement au travail est devenu une norme et s'il n'est pas obligatoire, « l'entraînement au travail pendant la cure de sanatorium trouve sa justification légale dans le décret du 10 août 1920 pris en application de la loi du 7 septembre 1919. »⁴² Pour ceux des sanatoriums qui en font le choix, la mise en pratique de cet entraînement se fait en complément de la cure de repos. La réadaptation par le travail est jugée comme étant l'un des meilleurs moyens de préparer le retour à la vie active et le médecin de réadaptation est seul en mesure de décider de la part respective des temps de repos ou de travail pour chaque curiste. Les activités professionnelles proposées sont variées : reliure, couture, cordonnerie, imprimerie, serrurerie, etc. Cependant, la crise économique des années 1930 va avoir des conséquences sur la visée intégrative des activités professionnelles réalisées dans les sanatoriums. À compter de 1932, les difficultés de l'économie française génèrent trois types de discours⁴³ quant à la réinsertion professionnelle des tuberculeux. Certains médecins de sanatorium proposent – devant l'insuffisance de l'assistance post sanatoriale – de maintenir les malades jusqu'à la guérison dans les sanatoriums. En temps de crise économique et de forte augmentation du nombre des chômeurs, les anciens malades ont une productivité trop réduite pour espérer être concurrentiels sur le marché du travail. D'autres médecins au contraire, préconisent de maintenir dans l'horizon temporel du malade la perspective d'une réintégration complète dans la société, plutôt que celle d'une assistance perpétuelle. Enfin, une troisième position consiste à envisager le suivi de post cure par un organisme de placement. Cette dernière approche dissocie deux logiques associées au travail des infirmes : au sanatorium le travail garde sa dimension morale et sociale, alors qu'après la cure il peut devenir une valeur marchande.

La forte proportion du nombre de chômeurs valides aura pour effet de reléguer au second plan le problème de l'insertion professionnelle des anciens malades rééduqués professionnellement. Cette pression ira jusqu'à poser le problème de la concurrence déloyale constituée par la production réalisée en sanatorium : « il est bien certain que, lorsque le chô-

⁴² J.-F. Montès, 1989, *op. cit.*, p. 187.

⁴³ *Ibid.*, J.-F. Montès, 1989, p. 223-226.

mage réduit à l'inaction un nombre important d'individus sains dans un pays, il devient particulièrement difficile d'écouler des produits fabriqués par des tuberculeux. Il peut même sembler injuste de retirer, jusqu'à un certain point, des possibilités de travail à des chômeurs pour les donner à des malades nourris et logés en sanatoriums. »⁴⁴ Ce n'est qu'après la Seconde guerre mondiale, lorsque la recherche d'une main-d'œuvre se fera de plus en plus pressante, que le débat concernant l'insertion professionnelle des infirmes reprendra.

2.2.3 Enquête sur une innovation construite à partir d'une utopie⁴⁵

L'expérience de la cité sanitaire Clairvivre créée entre 1930 et 1933, implantée en Dordogne sur la commune de Salagnac, est une illustration unique de l'aboutissement d'une vision à la fois utopique et rationnelle du traitement de la tuberculose par trois anciens combattants : Albert Delsuc (Président de la fédération nationale des blessés du poumon et chirurgicaux : FNBPC) ; Pierre Forestier (architecte-urbaniste), et Robert Henri Hazemann (médecin-sociologue, urbaniste social).

Après la Première guerre mondiale, les anciens combattants victimes des gaz et de la tuberculose se regroupent dans le cadre de la FNBPC. Cette association publie en 1934 un rapport afin de rendre compte de la construction d'une ville de 3000 habitants (soit une capacité d'accueil de 300 familles et 150 célibataires). Toute l'idée de Clairvivre, qui va puiser à l'expérience anglaise des villages sanitaires, est celle d'un lieu où le malade ne sera pas séparé de sa famille. Expérience unique en France, Clairvivre a une double originalité : d'un point de vue médical elle accueille le malade (avec sa famille) en soin et lui propose un accompagnement jusqu'à sa guérison ; sorte de phalanstère qui vit sur lui-même, elle est autosuffisante, les pensionnaires de la Cité travaillent.

➤ *Un projet utopique*

Le respect de l'environnement, la gestion de l'énergie, le téléphone local gratuit, font de Clairvivre une utopie du XX^e siècle. Cette cité sanitaire s'inscrit dans le mouvement des idées de l'Entre-deux-guerres. Pacifiste, Clairvivre veut être la cité de la réconciliation entre tous les combattants. Prônant une médecine sociale, elle prend en charge la santé et le bien être de ses habitants. Futuriste, elle souhaite concrétiser à l'échelle d'une ville les idées de la génération des architectes de l'Après-guerre. Comme l'indique la bande an-

⁴⁴ P. Bourgeois, (1938), Bulletin CNMRT n° 2, Avril 1938, p. 151. *Ibid.*, Cité par J.-F. Montès, *Ibid.*, 1989, p. 225.

⁴⁵ Cette illustration est tirée d'un reportage diffusé sur FR3 (09/2001) : « La case de l'oncle doc. », Production FR3 – Lilith et Chamaerops production. Un film de Gabriel Peyrichou et José Vieira, 2001. Elle reprend et synthétise les interventions d'historiens (B. Marrey, L. Murrard, A. Prost, P. Zylberman), et de personnes ayant vécu à Clairvivre (JL Bardet, R. Cornut, D. Delsuc, G. Dupuis, L. Melotti, M. Porchat, A. Raynaud et A. Roubinet).

nonce de l'un des films 35 mm d'Eliane Taillard qui présente la réalisation de la cité de Clairvivre entre 1930 et 1933 : « Les blessés du poumon ont fait un rêve... Vivre comme les autres hommes ».

D'où naît cette idée ? A. Prost l'attribue à Albert Delsuc, Président de la FNBPC depuis 1924. Engagé en 1914 comme volontaire, gazé, la tuberculose l'atteint ce qui le sensibilise à lutter contre cette maladie (après la guerre, les blessés du poumon deviennent des tuberculeux chroniques). Les pouvoirs publics soutiennent ce projet car les associations d'anciens combattants ont un moyen de pression important, ils jouent sur la législation de la reconnaissance nationale. Ces fédérations sont plus ou moins puissantes : il y a des fédérations qui regroupent seulement les mutilés qui sont pensionnés par l'État, il y a les fédérations d'aveugles, d'amputés, etc. Celle des blessés du poumon est importante, elle représente à peu près 75 000 adhérents vers 1932/1933, ce qui donne à la fédération de forts moyens financiers et de pression. Ce projet a d'autant plus de chances d'aboutir que le docteur Robert Henri Hazemann, militant de la médecine sociale et qui participera activement à la définition du projet, devient le chef de cabinet de Henri Sellier, ministre de la Santé de Léon Blum.

➤ *Un projet original du point de vue médical*

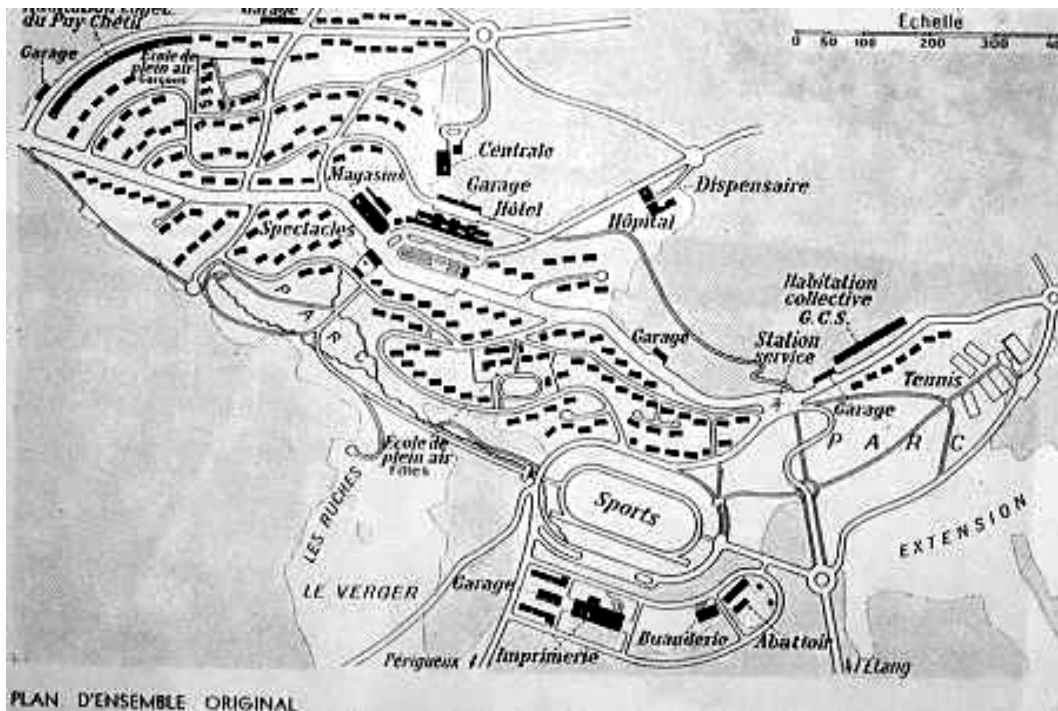
Clairvivre représente l'idée d'un sas, d'une transition, entre le moment où l'on soigne la tuberculose et le moment où le tuberculeux est guéri pour être totalement réinséré dans la société. Clairvivre représente un sorte de parenthèse où le tuberculeux stabilisé mais non guéri peut vivre avec sa famille en attendant de reprendre une vie active. Ce n'est pas le sanatorium, ni la vie ordinaire, mais un entre deux. Dans l'esprit des promoteurs, le bien être des habitants n'est qu'un des aspects de l'utopie, ils privilégient une société exemplaire : un homme nouveau issu des décombres de la Première guerre mondiale doit naître là.

Le docteur Robert Henri Hazemann se définit comme un médecin sociologue, un urbaniste social. Ce qui l'intéresse, c'est de remplacer l'hygiène par la médecine sociale. L'hygiène renvoie à une politique défensive ; la médecine sociale conçoit au contraire la santé comme le bien-être, et il s'agit de peser sur les facteurs qui contribuent au bien-être pour améliorer l'état de santé d'une population. Il y a là, l'idée selon laquelle on peut lutter contre une maladie en s'attaquant au mode de vie. Les expériences des médecins anglais qui combinent à la cure d'air et de repos une reprise progressive du travail par la rééducation professionnelle ainsi que la vie en famille pour vaincre la tuberculose, servent de référence dans l'organisation de Clairvivre. Le projet original voulait éviter de faire une « tuberculoserie », un lieu d'enfermement, un lieu où l'on aurait rassemblé et parqué des tuberculeux. Clairvivre est conçue afin que les blessés du poumon mènent une

existence saine, qu'ils retrouvent une activité professionnelle et sociale et assurent ensemble l'avenir de leurs enfants. Les malades qui viennent à Clairvivre acceptent une discipline qui lie repos et travail. Les convalescents de Clairvivre travaillent dans la zone industrielle de la Cité qui comporte une imprimerie, une serrurerie et une menuiserie. Mais malgré la réussite des villages sanitaires anglais, la grande majorité des médecins français est hostile à cette théorie. Ils prophétisent que Clairvivre va devenir un mouvoir pour ses habitants et un foyer de contagion pour la région ; les premières épreuves que connaissent les habitants de la Cité viennent de cette rumeur.

➤ *Un projet d'urbanisme social*

Clairvivre est une sorte de phalanstère : il n'y a pas d'argent, les pensionnaires travaillent et sont rémunérés avec des bons de travail avec lesquels ils peuvent acheter ce dont ils ont besoin à la coopérative. C'est une cité autosuffisante et l'on retrouve une idée des socialistes utopistes du XIX^e siècle.



Pierre Forestier qui a dessiné la ville s'est inspiré des théories de Le Corbusier et du Bauhaus. Pour lui, la maison d'habitation doit devenir un objet industriel. À cette époque la cure d'air et de soleil fait nécessairement partie de la thérapie. Le dispositif architectural découle donc de ce cahier des charges. Dispersés autour d'une zone centrale, 177 pavillons doubles forment un ensemble de 350 logements. Le solarium et l'absence de décor caracté-

risent l'aspect extérieur des maisons. Tous les bâtiments sont peints (aspects sablé, cassé, ocre alternent avec les couleurs vives : rouge, bleu, jaune). C'est la première réalisation en France où l'on applique ce que l'on appellera plus tard le zonage. La cité se découpe selon des zones : résidentielle, industrielle, de loisirs, centrale avec les services, l'hôtel et l'hôpital. Par rapport à un village traditionnel où l'habitat et les activités de services et de production se distribuent de façon concentrée, Clairvivre est différente : plus étendue, elle privilégie un habitat où chacun a son propre espace, tout en gardant des distances qui favorisent le sentiment d'appartenir à une communauté.

Malgré de nombreuses demandes au départ (2 000), le nombre de familles souhaitant intégrer la Cité Clairvivre chute rapidement : en août 1933 lors de l'ouverture de la première tranche 125 familles intègrent la Cité, en août 1935 elles ne seront plus que 61⁴⁶. Plusieurs facteurs semblent avoir joué un rôle dans ce déclin : le coût d'un séjour (loyers, frais additionnels comme le chauffage, l'électricité) supérieur au montant de la pension, l'obligation de faire ses achats à la coopérative, etc. Deux ans après son inauguration, les habitants de Clairvivre remettent en cause les règles édictées par les concepteurs du projet. Le mot d'ordre des insurgés était « on n'enferme pas des Français ! »

➤ *Guerres et réquisition*

Avec la disparition des blessés du poumon de la guerre de 1914-1918, l'établissement se transforme progressivement en un sanatorium classique. En 1937, tout en continuant à fonctionner comme un sanatorium, les pavillons de Clairvivre sont réquisitionnés par les autorités françaises pour abriter les soldats républicains espagnols. Puis, avec la Seconde guerre mondiale et l'annexion de l'Alsace et la Lorraine par l'Allemagne, l'hôpital de Clairvivre reçoit des malades et médecins venus en convois de Strasbourg qu'ils quitteront en 1945. La ville devient un centre de soin et de refuge pour toute la région. Sous le gouvernement de Vichy, la cité est réquisitionnée pour y installer la légion. Après la guerre, la cité est rendue à la FNBPC. Seul l'hôpital a conservé ses équipements. La population des pionniers est devenue minoritaire. Il y a en plus des anciens combattants de la Première Guerre mondiale, ceux de la Seconde, des républicains espagnols, des alsaciens lorrains, etc.

➤ *La renaissance de la cité*

Un groupe parmi les nouveaux arrivants décide, à partir des installations restantes dans la zone industrielle, d'organiser des stages de formation professionnelle pour les autres pensionnaires. Ils relancent ce qui va devenir l'activité principale de Clairvivre : la

⁴⁶ La gestion de la Cité fut confiée à la Société « La Maison des Blessés du Poumon » (S.M.B.P.), dont l'administrateur était le fondateur, Albert DELSUC.

formation professionnelle. Les activités de sanatorium sont intégralement reconverties pour l'accueil d'adultes handicapés dans un Centre de Rééducation Professionnelle et un Centre d'Aide par le Travail créé en 1966. En 1980, le Préfet de la Dordogne déclare Clairvivre Etablissement public départemental d'aide sociale, de rééducation professionnelle et de centre d'aide par le travail. Aujourd'hui, à peu près 1 000 personnes vivent à Clairvivre pour y suivre une formation professionnelle, y travailler ou encore pour y passer leur retraite.

Même si l'exemple de Clairvivre est emblématique dans le sens où il constitue une expérience unique en France par sa forte dimension utopique, il permet de montrer comment l'idée de la rééducation professionnelle va être portée par les fédérations et les associations. Les expériences menées par le secteur privé en matière de rééducation des infirmes, ainsi que la structuration croissante du milieu associatif va permettre à celui-ci de s'organiser et ainsi de pouvoir formuler la question du rôle de l'État « comme agent de coordination et organisateur, en précisant par des règlements et au besoin des textes de loi »⁴⁷ la rééducation professionnelle.

2.3 L'INSCRIPTION DU HANDICAP DANS LA MISE EN PLACE DE LA SECURITE SOCIALE

Au lendemain de la Première guerre mondiale, la France souhaite adopter une législation d'assurances sociales comparable à celles des autres pays européens car les lois d'assistances votées entre la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e, apparaissent insuffisantes⁴⁸. Il faut attendre les lois de 1928-1930 pour assister en France à la naissance des premières assurances sociales. Ces lois regroupent au plan des risques envisagés⁴⁹ cinq assurances sociales, elles protègent essentiellement les salariés de l'industrie et du commerce⁵⁰ et limitent en cela leur bénéfice aux salariés. Désormais, et cette logique sera renforcée par le plan français de Sécurité sociale de 1945, c'est à l'intérieur de la condition salariale que sera réfléchi la question de la sécurité d'existence, à partir du triptyque salaire minimum, protection sociale et garantie de l'emploi⁵¹. À la veille du vote sur la Sécurité sociale, la législation identifie deux catégories d'infirmes par la cause de leur infirmité : les accidentés du travail et les mutilés de guerre. Ces deux catégories introduisent les notions de réparation pécuniaire et celles de réadaptation et de rééducation fonc-

⁴⁷ H.-J. Stiker, *Corps infirmes et société*, 1982, *op. cit.*, p. 223.

⁴⁸ Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, la loi des 27-30 juin 1904 sur l'assistance à l'enfance, loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables ; in J.-J. Dupeyroux, *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 30.

⁴⁹ De maladie, de maternité, d'invalidité, de vieillesse et de décès.

⁵⁰ J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 31.

⁵¹ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 620.

tionnelle et professionnelle. C'est dans la seconde moitié du XX^e siècle que la rééducation professionnelle et la question de l'insertion professionnelle des infirmes vont connaître un nouvel essor, sous l'impulsion continue des associations et l'internationalisation du débat sur leur intégration.

Au plan social, la fin de la Seconde guerre mondiale correspond à un moment de reformulation du contrat social. L'idée selon laquelle chacun doit se voir reconnaître un droit à la Sécurité sociale est exprimée dans l'art. 22 de la Déclaration universelle de 1948⁵². Cependant, deux conceptions défendent une logique de ce droit dans les années 1940 : « dans l'un, le droit à la sécurité est lié à l'exercice d'une activité professionnelle dont la Sécurité sociale est la contrepartie ; dans l'autre, le fondement de ce droit est recherché dans les besoins de la personne humaine en tant que telle et dans les responsabilités de la collectivité nationale dont elle est membre. »⁵³ Ces deux conceptions vont influencer l'élaboration de la Sécurité sociale en France.

2.3.1 La recherche d'un modèle de protection sociale pour les salariés

La création de la Sécurité sociale, dont l'ambition était de « couvrir toute la population contre tous les risques »⁵⁴, est l'aboutissement au lendemain de la Seconde Guerre mondiale d'une volonté de rupture avec les systèmes précédents d'assurances hérités de la Révolution française et basés sur la prévoyance individuelle. Cependant, les réticences de certaines catégories (travailleurs indépendants, milieux agricoles, cadres et toutes les professions couvertes par des régimes spéciaux) obligeront l'État à composer avec les « différentes forces politiques et sociales du pays, mais aussi entre les deux grands modèles de protection sociale que sont, à l'époque, les systèmes bismarckien et beveridgien. »⁵⁵ Ces deux modèles renvoient à des conceptions différentes de la protection sociale. La logique du modèle allemand relève de la solidarité entre les membres de groupes professionnels, la protection sociale en constituant la contrepartie. Il est basé sur l'assurance professionnelle obligatoire, et la protection sociale est la contrepartie de l'activité professionnelle, elle est définie en proportion des salaires⁵⁶. L'influence du système bismarckien (dit *d'assurances sociales*) en France se retrouve dans la loi du 1^{er} juillet 1930 sur les assurances sociales

⁵² J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 44.

⁵³ *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 44.

⁵⁴ M.-T. Join-Lambert *et alii*, 1994, *op. cit.*, p. 255.

⁵⁵ *Ibid.*, M.-T. Join-Lambert *et alii*, 1994, p. 274.

⁵⁶ « Quatre principes fondamentaux définissent le système bismarckien : une protection exclusivement fondée sur le travail (...) ; une protection obligatoire pour les seuls salariés dont le salaire est inférieur à un certain montant (...) ; une protection fondée sur la technique de l'assurance, qui instaure la proportionnalité des cotisations par rapport aux salaires, et une proportionnalité des prestations aux cotisations ; une protection gérée par les employeurs et les salariés eux-mêmes », *Ibid.*, in M-T Join-Lambert, *et alii*, 1994, encadré 29, p. 270.

obligatoires (qui couvre les risques de la vieillesse, la maladie, la maternité et l'invalidité) et la Sécurité sociale : il s'agit d'une protection fondée sur le travail. Le modèle anglais repose sur la conception de la solidarité entre citoyens, il est financé par l'impôt ; les droits sociaux découlent de la citoyenneté et sont définis par rapport aux besoins. Le rapport Beveridge « pose le principe d'une extension de la Sécurité sociale à la totalité de la population : apparaît ainsi l'idée d'un droit de chacun à la Sécurité sociale. »⁵⁷ L'influence du système Beveridge (dit de *Sécurité sociale*) se retrouve essentiellement dans les logiques d'*universalité* (afin de rompre avec la logique de protection des seuls travailleurs), d'*unité* (les prestations ne dépendent pas d'un salaire)⁵⁸, et d'*intégration* (Beveridge proposait d'intégrer l'épargne et l'assistance dans l'assurance).

Le modèle français, s'inspirant de ces deux modèles, a donné un système hybride, où coexistent deux systèmes juridiques, celui de l'assistance et celui de l'assurance. Le texte fondateur de la Sécurité sociale (ordonnance du 4 avril 1945) tout en affichant l'ambition d'une Sécurité sociale unifiée et généralisée, indique aussi que la réalisation de cet objectif sera progressive⁵⁹. Le modèle français de Sécurité sociale institué en 1945 définit un objectif de couverture universelle de la population en retenant cependant les techniques assurantielles attachées au statut salarial⁶⁰. De fait, diverses catégories n'entrent pas dans la couverture attachée au statut salarial, c'est la raison pour laquelle, la Sécurité sociale a été complétée par des dispositifs assurant une garantie de ressources aux personnes qui n'y sont pas rattachées par le travail⁶¹. Ainsi, la généralisation de la Sécurité sociale ne se réalisera pas, à la fin de la IV^e République, le système français a « l'apparence d'une mosaïque complexe de régimes juxtaposés, le régime général occupant une place largement dominante dans cette mosaïque »⁶².

Les ordonnances fondant la Sécurité sociale vont permettre une reconnaissance de presque tous les risques mais ceux-ci sont conçus dans une logique sectorielle. La part de l'administration, qui jusque là avait été relativement faible dans le secteur social, va connaître, avec le développement de l'État-providence, une forte croissance. Cette croissance est en lien avec la conception sectorielle des problèmes à traiter : « à partir de là, le social va se développer comme secteur spécifique et faire l'objet de politiques sociales adaptées. »⁶³ Cette conception de l'action publique entraîne deux conséquences : la trans-

⁵⁷ *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 40-41.

⁵⁸ « C'est seulement un effort volontaire d'assurance qui devait ensuite permettre de proportionner ces revenus de remplacement aux gains antérieurs », *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 272.

⁵⁹ *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 275.

⁶⁰ *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 353, § 470.

⁶¹ *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 353.

⁶² *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 298.

⁶³ P. Muller, 1994, *op. cit.*, p. 19.

formation des procédures de médiation sociale (passage d'une logique territoriale sur laquelle était fondée l'assistance à une logique sectorielle fondée sur l'assurance) et l'utilisation de plus en plus massive de nouveaux outils intellectuels⁶⁴ pour penser la régulation entre les différentes demandes sectorielles⁶⁵.

2.3.2 L'assistance pour les autres infirmes

Le système de Sécurité sociale adopté ne permet pas d'apporter une réponse à l'ensemble des infirmes civils. Pour ceux n'entrant pas dans le cadre de la Sécurité sociale, la loi Cordonnier du 2 août 1949 établit une distinction dans la population des infirmes civils. Deux grandes orientations sont admises, l'une concerne la *lutte contre l'indigence* – pour les personnes atteintes d'une réduction au moins égale à 80 % de leur valeur productive de travail par le biais du versement d'une pension (les infirmes constituant légalement une catégorie spécifique)⁶⁶ ; la seconde concerne la *réadaptation professionnelle*. Cette loi harmonise les précédentes législations en matière d'assistance, de pensions d'invalidité et de pensions militaires et amorce ainsi une première forme d'homogénéisation du traitement des problèmes d'une partie de la population des infirmes. Toutefois, c'est avant tout une loi contre l'indigence : tout en accordant une reconnaissance législative d'une capacité de travail aux infirmes, elle ne traite pas de la problématique de l'accès au travail.

2.4 LA PRISE EN COMPTE DE L'INFIRMITE ET L'ESSOR DE LA REEDUCATION PROFESSIONNELLE

Le bilan de la Seconde guerre mondiale est différent de celui de la guerre de 1914-1918. Les pertes humaines sont moins importantes, et le rapport entre victimes civiles et militaires s'inverse : ce sont les premières qui sont plus nombreuses. La place du handicap comme risque, s'inscrit naturellement dans la logique des risques gérés par la Sécurité sociale dans la mesure où ils concernent des salariés : c'est l'invention de l'invalidé civil. C'est ainsi que l'on trouve les accidents du travail et ceux des salariés du régime général inclus dans les risques pris en charge par la Sécurité sociale. Toutefois, le principe de réparation reste à la base des systèmes de prise en charge ce qui a pour effet de maintenir l'hétérogénéité du traitement du handicap : selon l'origine de ce dernier, les modes de réparations diffèrent (*cf. infra* 3.6).

⁶⁴ Principes d'action fondés sur des normes, instruments juridiques, catégorisation des publics, etc.

⁶⁵ P. Muller, 1994, *op. cit.*, p. 20-21.

⁶⁶ Jusqu'à cette loi, les infirmes étaient pris en considération avec les personnes âgées.

L'organisation de ce qui tend à devenir le reclassement professionnel commence à se structurer pendant cette période. On peut citer ainsi la création en 1946 de la médecine du travail, celle de la Commission interministérielle pour la réadaptation professionnelle des mutilés, invalides et diminués physiques⁶⁷. La prise en charge de cette rééducation est fonction de l'origine de l'infirmité et de ses modes de réparation.

2.4.1 Le reclassement professionnel des salariés

L'ordonnance de 1945 prévoit la rééducation et la réadaptation professionnelle compatible avec l'état de santé des assurés pris en charge par la Sécurité sociale⁶⁸. Cette dernière investit très rapidement le secteur de l'insertion professionnelle, « l'idée de réadaptation prend corps dans un contexte où les militants syndicaux et politiques jouent un rôle très important, notamment par l'administration des Caisses de Sécurité sociale où ils occupent une place prépondérante. La réadaptation est désenclavée à la fois de la simple perspective charitable des milieux confessionnels et d'une mainmise à tendance totalitaire ou exclusivement technicienne »⁶⁹. Le premier service de reclassement professionnel de la Sécurité sociale est créé en 1946 par la Caisse primaire centrale de Sécurité sociale de la région parisienne⁷⁰. D'autres Caisses primaires suivront cet exemple (Nancy en 1947, puis Rennes, Bordeaux, etc.). Les premiers centres de rééducation professionnelle gérés par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) commencent à se développer et accueillent les assurés sociaux pour lesquels la récupération d'une aptitude est jugée possible. Ce sont les CPAM qui assurent la sélection des personnes infirmes qui seront rééduquées professionnellement. Par ce traitement de l'infirmité, la Sécurité sociale réduit ses charges financières en rendant à l'invalidé sa capacité de gain antérieure : une fois rééduqué (au plan fonctionnel et professionnel) l'invalidé peut travailler à nouveau et se remettre à cotiser.

➤ *L'organisation de la réadaptation professionnelle pour les personnes tuberculeuses*

La tuberculose reste une maladie préoccupante pour les autorités et l'État prend une série de mesures visant à organiser la réinsertion professionnelle de cette catégorie de malades, une fois leur état de santé stabilisé. Le décret 50-51 du 6 janvier 1950⁷¹ met en place

⁶⁷ Cette commission est composée des représentants des différents départements ministériels, syndicats ouvriers et patronaux, organisations d'handicapés physiques et diverses personnalités qualifiées, in J.-F. Montès, 1989, *op. cit.*, p. 229.

⁶⁸ De même, l'ordonnance du 31 octobre 1945 pour la lutte contre la tuberculose comporte des dispositions particulières dans ses articles 12 et 33 pour le reclassement professionnel des personnes atteintes de tuberculose.

⁶⁹ H.-J. Stiker, 1982, *op. cit.*, p. 238.

⁷⁰ *Ibid.*, H.-J. Stiker, 1982, p. 244.

⁷¹ Journal Officiel du 6 janvier 1950, p. 313-315.

les modalités de réinsertion professionnelle des personnes tuberculeuses. Pour les personnes atteintes de tuberculose, seul l'expert (qui est obligatoirement le médecin phthisiologue départemental ou un spécialiste désigné par lui) est légitimé pour apprécier les possibilités de rééducation et de réadaptation professionnelle.

Quatre types de structures sont envisagés pour réaliser l'objectif de formation et de réinsertion professionnelle : pour ceux en voie de guérison le sanatorium ; pour ceux en post-cure des établissements spécialisés ou en annexe du sanatorium ; pour ceux résidants à leur domicile des ateliers spécialisés, des entreprises industrielles, commerciales ou agricoles les occupant à temps partiel ou à des postes adaptés ; enfin au domicile des intéressés. Le même jour, le décret 50.21 crée une sous commission pour la réadaptation des tuberculeux dont la mission est d'étudier les modalités pratiques du reclassement professionnel de ce public.

2.4.2 La mobilisation désordonnée du secteur associatif dans la promotion de l'insertion professionnelle des infirmes

Après 1945, le développement des associations pour aider les infirmes s'accélère et la réadaptation prend son essor car elle est enfin financée à travers des systèmes de prise en charge. Les années 1950 marquent la régression massive de la tuberculose ce qui permet d'envisager la reconversion des établissements de cures en centres de formation professionnelle pour les infirmes. Leur activité de rééducation se diversifie et se spécialise, mais la collaboration des associations avec l'État est toujours informelle.

Si la réadaptation professionnelle se développe portée par l'initiative privée, l'insertion professionnelle de ces travailleurs potentiels n'est pas à l'ordre des priorités gouvernementales. Le milieu associatif se mobilise de façon non coordonnée pour inciter l'État à prendre en compte le problème posé par l'insertion de ces travailleurs infirmes aptes au travail. Entre 1944 et 1956 sont rédigées les premières propositions de loi relatives au reclassement professionnel des infirmes. Marquée par l'éclatement du monde associatif, chaque proposition définit une forme d'organisation du reclassement pour ses adhérents. C'est ainsi que pour l'année 1952, J.-F. Montès⁷² recense 4 propositions de loi et 2 propositions de résolution ayant toutes pour objet le reclassement professionnel pour les *diminués physiques*, ou bien les *diminués physiques civils*, les *anciens malades et invalides*, les *muti-lés de guerre*, etc. Cette mobilisation parcellaire conduit à l'adoption de quelques textes étendant la rééducation professionnelle : le décret du 29 novembre 1953⁷³ (portant réforme sur les lois d'assistance) étend les droits à la rééducation professionnelle aux infirmes

⁷² J.-F. Montès, 1989, *op. cit.*, p. 233-234.

⁷³ Décret 53.1186 du 29 novembre 1953, Journal Officiel du 3 décembre 1953, p. 10759-10766.

ayant une incapacité de moins de 80 % et crée les Commissions d'orientation des infirmes (COI) dont la mission est de donner un avis sur l'aptitude au travail ou la possibilité de suivre une rééducation professionnelle. En 1954, le ministre de la Santé autorise la création de CAT⁷⁴. Enfin, on peut citer le décret du 20 mai 1955 qui modifie la loi du 26 avril 1924 et étend le bénéfice des dispositions assurant l'emploi obligatoire des mutilés de guerre aux diminués physiques reconnus comme tels par les COI⁷⁵. Si ces textes témoignent de l'avancement du traitement de l'insertion des infirmes, ils témoignent aussi de la façon parcellaire dont sont traités les problèmes concernant les personnes handicapées. La législation continue d'être disparate et l'empilement des mesures, lois et décrets se poursuit. Ces textes ouvrent certes de nouvelles possibilités de formation et d'insertion professionnelle à de nouveaux publics mais ne permettent pas d'homogénéiser le traitement des infirmes face à l'emploi. La situation de forte croissance économique de la France (fort besoin de main-d'œuvre) et l'insistance des associations de personnes handicapées vont permettre que la question de l'emploi soit abordée par l'État.

2.5 CROISSANCE ECONOMIQUE ET ORGANISATION DU RECLASSEMENT PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS HANDICAPES

C'est dans un contexte de croissance économique que le thème de l'infirmes utile réapparaît (comme il était apparu lors de la guerre de 1914-1918 quand les besoins en main-d'œuvre étaient importants). Cette réflexion trouve son aboutissement dans la loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés. À partir de cette date, l'insertion professionnelle des personnes handicapées⁷⁶ relève d'une politique spécifique.

Les débats qui précèdent le vote de la loi du 23 novembre 1957 mettent l'accent sur les efforts précédemment réalisés dans les domaines de la réadaptation fonctionnelle et du reclassement professionnel. Ils soulignent aussi le déficit de l'organisation du retour à l'emploi pour les infirmes. Le rapport Poinso-Chapuis de février 1956⁷⁷ souligne que « la grande masse des handicapés physiques représente non seulement une dépense mise à la charge de la Sécurité sociale et du budget, mais aussi une richesse éventuelle perdue pour la production ». Le projet de loi, soumis à l'Assemblée nationale le 1^{er} octobre 1956, précise également dans son exposé des motifs que « le ministre des Affaires sociales (...) en-

⁷⁴ M.-L. Cros-Courtial, 1989, *op. cit.*, p. 17.

⁷⁵ *Ibid.*, M.-L. Cros-Courtial, 1989, p. 17.

⁷⁶ Il est possible à compter de 1957 d'utiliser les termes de personne handicapée, d'handicapé et de travailleur handicapé, car ils sont légalement utilisés.

⁷⁷ Rapport Poinso-Chapuis, Journal Officiel, Collection Documents de l'Assemblée nationale, I, n°560, 16 février 1956, p. 372. ; Projet de loi n°2935, Journal Officiel, Collection Documents de l'Assemblée nationale, 1er octobre 1956, I ; p. 93. Cités par M. C. Villeval, « L'État et l'emploi des handicapés : formation et transformation d'une politique », Droit social, n°4, avril 1984, p. 229.

tend donner au pays un appoint de main d'œuvre, non négligeable actuellement ». Mais, si l'objectif prioritaire de l'État est de préserver l'équilibre budgétaire en limitant le coût financier de l'assistance, l'intégration des infirmes n'est pas possible faute d'un texte qui organise leur retour vers l'emploi. Le nombre d'organismes intervenant pour les aider dans leur réadaptation professionnelle et l'absence de coordination de leurs actions respectives conduisent à une dispersion des moyens d'insertion et à des résultats en dessous des attentes de ce public. Adossés à la croissance et la pénurie de main-d'œuvre, les discours en faveur de l'insertion des infirmes en milieu ordinaire les désignent comme une force de travail, un réservoir de main-d'œuvre pour une nation en plein développement économique. L'adoption de la loi du 23 novembre 1957 va constituer une avancée dans le traitement du retour à l'emploi des invalides civils.

2.5.1 La loi du 23 novembre 1957 : la création de la catégorie « travailleur handicapé »

Avec cette loi, la notion de handicap se substitue à celle d'infirmes et introduit de façon claire le lien handicap et travail. Dans son article 1^{er} cette loi affirme le droit au travail des personnes handicapées : « La présente loi a pour objet l'emploi des travailleurs handicapés ou leur reclassement professionnel suivant un processus pouvant comporter, selon les cas, outre la réadaptation fonctionnelle prévue par les textes en vigueur, une réadaptation, une rééducation ou une formation professionnelles ». Si la notion de handicap n'est pas définie, en revanche, celle de travailleur handicapé l'est : « est considéré comme travailleur handicapé pour bénéficier de la présente loi, toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales »⁷⁸. Cette loi constitue le cadre législatif dans lequel les principes généraux de l'insertion professionnelle des personnes handicapées sont énoncés à partir de la mise en place d'un système cohérent pour leur reclassement professionnel. Elle s'inscrit dans une démarche complémentaire à celle mise en œuvre par les associations de handicapés en définissant un cadre législatif qui permet aux différentes catégories de personnes handicapées d'accéder au « dispositif de rééducation instauré et géré par les associations de handicapés et de parents de handicapés »⁷⁹.

Les trois étapes d'une réinsertion professionnelle sont posées : les « soins » pouvant aboutir à une réadaptation fonctionnelle, la « formation professionnelle » devant permettre à la personne handicapée d'être concurrentielle sur le marché de l'emploi et enfin « l'insertion ».

⁷⁸ Article 1^{er} de la loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés.

⁷⁹ S. Ebersold, 1992, *op. cit.*, p.73.

tion en milieu professionnel » à travers une obligation d'emploi des travailleurs handicapés dans les entreprises. Cette dernière étape pouvant être considérée comme une sorte de retour d'investissement des deux phases précédentes à partir des cotisations reversées par ces travailleurs d'un nouveau « genre ».

2.5.2 Un dispositif spécial pour reconnaître la qualité de travailleur handicapé et gérer leur orientation

La loi crée les Commissions Départementales d'Orientation des Infirmes⁸⁰ (CDOI) dont la fonction est d'attribuer la qualité de travailleur handicapé et de donner un avis sur l'orientation professionnelle et l'opportunité des mesures à prendre pour son reclassement (art.2). Grâce à son expertise plurielle⁸¹, la CDOI est seule compétente pour reconnaître la qualité de travailleur handicapé et proposer une orientation vers une formation ou vers l'emploi. La loi délimite l'accès à la formation professionnelle et à l'emploi à partir de l'examen des dossiers de ceux pour qui une insertion professionnelle est envisagée. Le secteur médical détient un rôle clé dans ces commissions, dans la mesure où c'est à la médecine d'évaluer l'aptitude ou non d'une personne handicapée de reprendre une activité professionnelle. Avec cette loi, et par l'instauration des CDOI, le niveau de mise en œuvre de la politique choisie est celui du département. C'est à partir de cet échelon territorial que les différents intervenants s'organisent, imprimant au fil des années des configurations et des réseaux d'acteurs plus ou moins stables.

2.5.3 Un dispositif d'insertion professionnelle qui distingue milieu protégé et milieu ordinaire

L'originalité du dispositif d'insertion professionnelle proposé dans la loi est la distinction entre « milieu ordinaire » de travail et « milieu protégé ». Le choix de constituer un secteur protégé en 1957 s'inscrit dans l'héritage historique de l'assistance par le travail⁸². La loi renforce et structure un secteur protégé de production par la création des Ateliers protégés et des centres de distribution de travail à domicile (comme on l'a signalé plus haut, les premiers CAT ont été créés en 1953 et leur vocation est thérapeutique). Aménager un secteur protégé revient dans l'esprit du législateur à répondre aux exigences des milieux économiques qui souhaitent disposer d'une main-d'œuvre productive. Le secteur protégé est alors conçu comme un sas, les ateliers protégés sont des structures proches du milieu de

⁸⁰ La notion d'infirmes est encore utilisée car elle correspond à un critère juridique.

⁸¹ Sa composition regroupe des représentants des secteurs médical, du travail, économique et de la société civile, afin de permettre une expertise qui tienne compte à la fois des diverses contraintes (médicales et économiques) et du respect du droit du travail.

⁸² C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 130.

travail ordinaire, les personnes handicapées orientées dans ces ateliers sont censées bénéficier d'une forme de réentraînement au travail et pouvoir *in fine* rejoindre le peloton des travailleurs en milieu ordinaire de production. Ces emplois dits « légers » s'adressent « aux travailleurs handicapés dont la diminution physique ou mentale est telle que leur placement dans un milieu normal de travail s'avère impossible »⁸³. En fonction de l'évaluation qui est faite de leur capacité de travail, ils sont orientés soit vers un CAT, soit vers un atelier protégé où ils peuvent exercer un emploi à mi-temps ou bien encore travailler dans le cadre de centres de distribution du travail à domicile. Sorte d'antichambre du milieu ordinaire de production, la constitution d'un secteur protégé permet à des personnes handicapées d'accéder à un emploi adapté. Les salaires perçus sont inférieurs par rapport au SMIG pour ceux qui sont orientés en CAT ; pour ceux qui vont en atelier protégé il est proportionnel à leur rendement.

En ce qui concerne le milieu protégé, en France, une rupture est reconnue juridiquement sur le triple plan du ministère de rattachement, du mode de financement et du statut de la main-d'œuvre⁸⁴.

- Les *ateliers protégés* et les *centres de distribution de travail à domicile* constituent des unités économiques de production. Ils mettent les travailleurs handicapés, à même d'exercer une activité professionnelle salariée, dans des conditions adaptées à leurs possibilités. Ils relèvent de la législation du travail et bénéficient de subventions du ministère du Travail. Ils sont destinés aux travailleurs handicapés dont la capacité productive est au moins égale au tiers de celle d'un travailleur valide effectuant la même tâche. Les ateliers protégés disposent de la liberté de création d'emploi, les personnes travaillant dans ces structures ont le statut de travailleur – seule particularité, en cas de licenciement la durée du préavis est doublée.
- Les *CAT* se définissent à la fois comme des structures de mise au travail (support d'une activité productive) et des structures médico-sociales menant des activités de soutien. Ce sont des établissements médico-sociaux dont la capacité d'accueil fait l'objet d'un contingentement ; ils relèvent du ministère de la Santé et de la législation médico-sociale. Ils perçoivent un prix de journée de l'Aide sociale et emploient légalement des travailleurs dont la capacité productive est inférieure au tiers de celle d'un travailleur valide effectuant la même tâche. Leur vocation est d'abord occupationnelle et thérapeu-

⁸³ Art. 20 de la loi du 11 novembre 1957.

⁸⁴ M.-C. Villeval, « Le milieu protégé : un pôle croissant d'emploi des handicapés », *Travail et emploi*, mars 1984, p. 47-60.

tique, elle comporte néanmoins une dimension productive. À la différence des ateliers protégés et centres de travail à domicile, les travailleurs des CAT ne sont pas reconnus juridiquement comme des salariés.

Ainsi, selon l'établissement protégé dans lequel travaille une personne handicapée, elle bénéficie ou non du statut de salarié.

2.5.4 La réaffirmation du quota comme outil favorisant l'insertion

L'insertion en milieu ordinaire de travail est recherchée à travers deux outils : l'obligation d'emploi⁸⁵ (pour les entreprises ayant plus de 10 salariés) et dans certains cas la possibilité d'un abattement de salaire de 20 % pour favoriser le maintien de certains salariés handicapés. L'obligation d'emploi doit assurer le *droit au travail* (art. 10) des tous les handicapés en état d'exercer une profession et être le même, en moyenne, pour les secteurs privés, publics, semi-publics et dans les entreprises nationalisées. Chaque entreprise de plus de dix salariés doit fournir annuellement la liste des vacances de postes dont elle dispose. Les tensions lors des débats pour aboutir au pourcentage d'emploi obligatoire sont de la même veine que ceux développés en 1916 et 1928. On retrouve le même type de discours de la part des associations et du monde économique. Dans les faits, malgré des sanctions prévues (redevance fixée à 6 fois le montant du SMIG par jour ouvrable et par bénéficiaire manquant – art. 31), la faiblesse des moyens de contrôle rendra cette obligation très peu contraignante pour les milieux économiques. La question de l'intersectorialité est abordée à partir du Titre V de la loi : *De la création d'un conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des handicapés*. C'est le ministre des Affaires sociales qui est chargé de coordonner l'activité des organismes et services publics ou privés qui, à quelque titre que ce soit, concourent à la réadaptation, la rééducation et à la formation professionnelle des handicapés (article 26). Le conseil supérieur, quant à lui, a la charge de promouvoir et de faciliter le contrôle des initiatives publiques ou privées. Il a également en charge le développement du secteur de l'insertion sociale et professionnelle des handicapés ainsi que le recueil des données les concernant. Il doit enfin favoriser l'innovation (article 27). Sa composition interministérielle marque la volonté de développer une approche plus cohérente du handicap, mais dans les faits, son action est restée largement de l'ordre du symbolique.

⁸⁵ L'article 10 de la loi prévoit une obligation d'emploi réservé aux travailleurs handicapés à « concurrence d'un certain pourcentage fixé par arrêté du ministre chargé du Travail et de la Sécurité sociale, pour l'ensemble du territoire ou pour une région et pour chaque activité ou groupe d'activité ».

Cette loi crée une unification partielle du champ du handicap autour de la question de l'emploi des travailleurs handicapés. Elle impose une pression sur la société en instaurant une obligation d'emploi pour les travailleurs handicapés. Cependant, ce dispositif comporte des lacunes : en établissant une distinction entre les personnes handicapées pouvant prétendre obtenir la qualité de travailleur handicapé des autres, elle laisse une partie des personnes handicapées relever des mesures de l'assistance.

3 L'UNIFICATION DU CHAMP DU HANDICAP

3.1 LE RAPPORT BLOCH-LAINE : LA GENESE D'UNE CONCEPTION HOMOGENE DES INTERVENTIONS PUBLIQUES EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES

Le débat concernant la place des personnes handicapées dans la société française va reprendre dans le cadre plus vaste de celui abordant les contradictions qui naissent de la croissance économique et de la recherche d'un nouveau modèle d'action sociale pour traiter les problèmes des populations qui échappent au système de protection sociale mis en place.

Le contexte sociopolitique des années 1960 est celui d'une forte croissance économique, d'une urbanisation rapide engendrant des poches de pauvreté et d'une transformation des systèmes d'emploi. Entre la montée des exigences des classes moyennes salariées et la persistance de situations de pauvreté, les tensions sociales se multiplient. La gestion sectorielle des problèmes sociaux est alors dominée par différents groupes professionnels défendant leur monopole d'action. L'intervention sociale est fragmentée et les administrations cloisonnées. C'est ainsi que « faces à ces demandes nouvelles, la réponse des bureaucraties paraît singulièrement inadaptée (...) un problème social n'a quelques chances d'être pris en compte par l'appareil politique qu'à partir du moment où il peut faire l'objet d'une demande formulée dans les termes et selon les normes de telle ou telle bureaucratie. »¹ La recherche d'une solution qui permette de dépasser les contradictions entre de nouvelles situations engendrées par la croissance économique et le modèle d'action social éclaté se fera à travers les instances du Plan qui tentera de résoudre ces tensions en « se faisant le promoteur d'une coordination systématique des interventions de l'État »². Dans la recherche d'une approche plus efficace des problèmes sociaux, un certain nombre de rapports vont jouer un rôle important dans la mesure où ils proposent un nouveau regard sur la façon de traiter les problèmes sociaux. Le rapport Bloch-Lainé sur *l'Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées*³ participe de cet

¹ B. Jobert, *Le social en plan*, Paris, Economie et humanisme, les édifices ouvrières, col. Politiques sociales, 1981, p. 129.

² *Ibid.*, B. Jobert, 1981, p. 130.

³ F. Bloch-Lainé, « Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées », Rapport au Premier ministre, Paris, Imprimerie Administrative Centrale, 1967, Introduction.

effort de reformulation des problèmes sociaux en proposant une réponse globale à des situations analysées jusque là de façon cloisonnée (les adultes, les enfants, les classes d'âge, le handicap, etc.)

La réalisation de ce rapport est rendue possible par une situation inédite : l'accès d'anciens malades et parents d'enfants handicapés à des postes importants au sein du gouvernement. L'intérêt des élites coïncide avec celui de certains groupes représentant les parents d'enfants handicapés facilitant l'inscription de la problématique de l'inadaptation sur l'agenda politique. Le rapport Bloch-Lainé présenté au Premier ministre en 1967, va permettre aux débats préparatoires à la loi du 30 juin 1975 de se structurer. Comme l'indique A. Blanc, « à l'heure où le Plan [VI^e] s'interroge sur l'avenir des populations défavorisées, ce rapport va avoir beaucoup d'échos car il officialise les interrogations des spécialistes. »⁴ C'est le premier écrit qui dépasse la vision parcellaire du handicap et de l'inadaptation, et qui en propose une vision globale. Il mérite que l'on s'y attarde pour sa qualité intrinsèque : il représente un véritable état des lieux de la situation du traitement du handicap (quelle qu'en soit la cause) ainsi qu'une tentative de rationalisation de l'approche de ce dernier. Il aborde l'ensemble des problèmes soulevés par les handicapés, mineurs ou adultes, inactifs ou actifs. De plus, il rend en compte des représentations des « acteurs pertinents » qui interviennent dans la prise en charge des personnes handicapées et inadaptées.

D'un point de vue de l'analyse des politiques publiques, à travers ce rapport, Bloch-Lainé formalise une opération intellectuelle de décodage et de recodage du réel qui nécessite que l'on s'y attarde car il contient les éléments de base à partir desquels les grandes orientations de la politique à mener pour le traitement des problèmes des personnes handicapées vont se structurer par la suite. Bien qu'il couvre l'intégralité du champ de l'inadaptation, la lecture qui en est donnée ici est sélective : ne sont abordés que les points en lien avec la structuration de la formation et de l'insertion professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire. C'est ainsi que les sections qui concernent plus particulièrement l'enfance inadaptée ne sont pas abordées.

3.1.1 De l'unification des publics à la notion de solidarité nationale

Dès l'introduction, Bloch-Lainé introduit la notion d'inadaptation⁵ – terme qu'il utilise car il est « commode pour regrouper, motiver et orienter les mesures qui sont à prendre, en leur donnant un même titre, un même motif, un même objet : assurer à ceux dont il

⁴ A. Blanc, *Les handicapés au travail. Analyse sociologique d'un dispositif d'insertion professionnelle*, Paris, Dunod, 1999 (1^{ère} éd. 1993), p. 19.

⁵ Inadaptation est un terme récent qui apparaît dans les dictionnaires en 1931 et se spécialise en psychologie, où il correspond à inadapté (1922). Voir Le Robert, dictionnaire historique de la langue française, dir. A. Rey, Paris, Dictionnaire le Robert, tome 1, 1999, p. 34.

s'agit, le maximum 'd'autonomie' compatible avec leur état, afin de les réinsérer dans le milieu normal, autant qu'il est possible. »⁶ Cette entrée en matière donne le ton : la notion d'inadaptation définie ainsi, recouvre et unifie sous la même appellation une population plus large que ne le fait celle de handicap introduite par la loi de 1957. Il poursuit de façon à déplacer et reformuler le problème : « Mais il faut bien voir que l'inadaptation n'est, dans chaque cas ou groupe de cas, que la conséquence d'autres faits qui sont les faits importants. D'une part ces enfants et ces adultes sont, à des degrés divers, sous des formes diverses, des 'infirmes' au sens le plus étendu, et c'est à leurs infirmités, potentielles ou effectives, qu'il convient d'apporter des soins, préventifs et curatifs ; d'autre part, à la gravité absolue de leur mal s'ajoute une gravité relative qui dépend du milieu dans lequel ils vivent. On dit qu'ils sont 'handicapés' (dans l'acception française du mot, qui n'est pas celle de l'anglais originel, mais qui est assez commode), 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 société. Ce sont ces handicaps que l'on s'applique de plus en plus à identifier, à éviter, à faire disparaître ou à tempérer ; à compenser, enfin, par des réparations. »⁷

Bloch-Lainé met l'accent sur les dimensions (déjà existantes) de réadaptation, rééducation et réparation présentes dans le système de prise en charge du handicap, système qui laisse une partie des personnes inadaptées du côté de l'assistance. Il souligne la gestion restrictive du handicap, gestion basée sur la notion de réparation et donc du partage des charges entre la collectivité et ce qu'il nomme les bénévoles⁸. Ceci lui permet de mettre en tension les notions d'handicap et d'inadaptation et d'élargir ainsi la représentation de la population à prendre en charge. C'est ainsi que la question du partage des charges (chapitre II du rapport) est abordée en soulignant dans un premier temps l'inégalité de traitement des personnes selon l'origine de leur handicap. Il insiste particulièrement sur l'absence de prise en charge des handicaps de naissance dont l'une des conséquences est d'interdire l'accès au bien commun que sont l'éducation et la formation. Après avoir présenté les différentes opinions des administrations, des associations et du secteur médical, il introduit l'idée selon laquelle « il faut admettre 'l'indivision' de la culpabilité et la gérer comme telle. La reproduction de l'espèce humaine fait courir aux collectivités des risques qui ne sont pas appropriables et qu'il n'est pas juste de laisser peser, dans l'ignorance, sur les familles. »⁹ La thèse qui met en exergue les devoirs d'une nation qui s'approche de l'opulence est por-

⁶ F. Bloch-Lainé, 1967, *op. cit.*, Introduction.

⁷ *Ibid.*, F. Bloch-Lainé, 1967, Introduction.

⁸ *Ibid.*, F. Bloch-Lainé, 1967, p. 16.

⁹ *Ibid.*, F. Bloch-Lainé, 1967, p. 16.

tée par certains représentants des infirmes. Bloch-Lainé reformule cette thèse en mettant en relief la tension existant entre l'Aide sociale et la Sécurité sociale : « Le réquisitoire [celui de certaines associations], (...), illustre bien, en effet, la difficulté que nous éprouvons à trouver la juste mesure entre la Sécurité sociale absolue et l'ancienne 'assistance', elle-même issue de la 'charité'. Ce régime symbolique porte la marque de notre propre hésitation. »¹⁰ Enfin, il propose une formulation qui annonce le changement de référentiel qui apparaîtra dans la loi du 30 juin 1975 : « Dans le type de société où nous vivons, le fondement le plus sage de la solidarité en faveur des 'inadaptés' paraît être le principe, ou plutôt l'objectif, de 'l'égalité des droits'. »¹¹ Par cette formulation il met en évidence la façon dont l'État s'est reposé sur l'initiative privée pour les questions relatives à l'éducation ; la formation et la prise en charge des personnes handicapées n'entrant pas dans le champ des politiques publiques. Il souligne de fait l'inégalité d'accès à certains biens publics qui en découle pour nombre de personnes handicapées.

Ce rapport offre au lecteur, à partir d'une analyse de la situation générale des « inadaptés », des reformulations qui aident à dépasser les tendances au morcellement portées par les référentiels sectoriels des différentes administrations (questions de santé, de travail, d'éducation), et des structures privées (autour de la spécificité des handicaps), en les resituant dans une approche globale (définition large de la notion d'inadaptation). Cette reformulation lui permet de souligner que « les questions les plus importantes, celles qui mettent le plus en cause la responsabilité des pouvoirs publics, sont communes. »¹² Bloch-Lainé réinscrit de la sorte la question générale des problèmes de ces publics dans celle plus générale de la solidarité.

3.1.2 La mise en évidence de la complexité et de la difficulté à évaluer l'inadaptation

Dans ce rapport, la complexité que cache le terme inadaptation est soulignée. Il est utilisé comme terme générique et recouvre un grand nombre de situations hétérogènes dont le positionnement par rapport à la norme (qu'elle soit médicale, sociale ou économique) manque souvent de fiabilité. Il en est ainsi de certaines pathologies qui ne sont pas identifiées correctement, le manque de visibilité et de compréhension des connaissances médica-

¹⁰ *Ibid.*, F. Bloch-Lainé, 1967, p. 17.

¹¹ *Ibid.*, F. Bloch-Lainé, 1967, p. 18.

¹² *Ibid.*, F. Bloch-Lainé, 1967, p. V.

les ne permet pas d'offrir un cadre précis permettant d'organiser l'action des administrateurs : « L'action administrative serait (...) plus facile à organiser si la classification des sujets était moins confuse ou moins contestée. » L'exemple suivant illustre le type de difficulté d'identification de certains handicaps.

Olivier Sacks s'attachant au syndrome de La Tourette, décrit ainsi la façon dont la médecine a considéré dans le temps cette maladie¹³ :

Le tourettisme n'avait plus tôt fait son apparition dans la nomenclature clinique [1885] qu'il tendit à être regardé, pendant plus de deux décennies, comme une maladie qui était plus 'morale' qu'organique – comme l'expression d'une malveillance ou d'une faiblesse morale qui ne pouvaient être traitées qu'en rectifiant la volonté individuelle. Puis, entre les années vingt et les années soixante de notre siècle [XX^e], on eut tendance à le considérer au contraire comme une maladie psychiatrique qui relevait de la psychanalyse ou de la psychothérapie, lesquelles se révélèrent globalement aussi inefficaces que les traitements 'morales' de l'époque précédente. Et, après que l'on eut découvert au début des années 1960 que l'administration de halopéridol pouvait provoquer une disparition spectaculaire des symptômes, le tourettisme fut tenu enfin (à la suite d'un autre brusque renversement d'opinion) pour une maladie chimique due à un déséquilibre de la quantité de dopamine (un neurotransmetteur) contenu dans le cerveau.

Bloch-Lainé pointe aussi la difficulté à établir une catégorie des inadaptés devant le problème à établir la frontière entre le normal et le pathologique : « À la limite, qui n'est pas, de quelque manière, un inadapté ? » Il fait le point sur la distribution des compétences entre administrations en rappelant que : « la plupart des institutions de base, privées ou publiques ont chacune pour vocation essentielle, sinon exclusive, l'une de ces catégories. » La partie santé et population du ministère de Affaires sociales est principalement en charge des victimes de déficiences profondes ou moyennes ; la partie Travail et main-d'œuvre du même ministère (et de façon plus accessoire celui des Anciens combattants) l'est des travailleurs handicapés ; les enfants et les adultes souffrant de troubles plus légers ou plus temporaires et dont l'inadaptation revêt un caractère surtout social, intéresse plus spécifiquement le ministère de l'Éducation nationale, celui de la Justice et de celui de la Jeunesse. Enfin, il signale – ce qui constitue encore aujourd'hui un réel problème – l'incertitude liée à l'absence de données fiables et la difficulté qu'il en résulte pour avoir une perception précise du nombre et de la répartition des personnes handicapées.

¹³ O. Sacks, *Un anthropologue sur mars – sept histoires paradoxales*, Paris, Seuil, La couleur des idées, 1996, p. 114-115.

3.1.3 L'identification des principaux problèmes et services à assurer

➤ *Les principaux problèmes repérés*¹⁴

Lorsque que le rapport paraît, les besoins des personnes handicapées sont mal connus du fait de l'hétérogénéité des formes de handicap et des difficultés à avoir des données fiables. Faire l'inventaire des besoins est une tâche à plus ou moins long terme, et ce rapport constitue le premier recensement – certes, non exhaustif – d'un certain nombre de difficultés. Parmi ces dernières il établit une liste des *Premières urgences* : augmenter les crédits des ministères concernés pour atteindre les objectifs fixés par le V^e plan (« les 'cas' les plus mal traités faute de 'places', les réparations pécuniaires les plus imparfaites et les malfaçons administratives à corriger en priorité »¹⁵) ; réduire l'inégalité de traitement selon l'origine du handicap ; réaliser des réformes administratives afin de généraliser la prévention néo et post natale ; informer le secteur médical des dernières découvertes ; économiser les moyens en organisant les relations entre les diverses instances qui prennent en charge et orientent des handicapés.

Globalement, il en ressort que l'organisation de la fin des années 1960 est défailante à trois niveaux :

Le partage des charges – Les dépenses sont réparties entre l'État, les collectivités locales et la Sécurité sociale. Un constat ressort : l'aide apportée aux victimes d'accident est très inégale selon les circonstances de celui-ci. « C'est ainsi que pour la même infirmité, le concours de la collectivité va décroissant, avec de fortes différences, selon qu'il s'agit d'une blessure de guerre, d'un accident du travail, d'un accident d'automobile, des suites d'une maladie ou d'une malformation de naissance. Au bas de cette échelle, la collectivité ne se reconnaît pas responsable et ne dispense que des secours ; il n'y a ni dettes ; ni créances ; seulement que des bénévolences.»¹⁶ À partir du principe d'égalité des droits (et non plus celui restrictif de la réparation), il propose la gratuité de l'enseignement dans les établissements médico-sociaux, le remboursement automatique pour tous les infirmes et pour toutes les prestations reconnues nécessaires, un revenu minimum à chaque personne en âge de travailler (« salaire minimum garanti »), le droit au logement, etc. La question de la répartition des charges ouvre un débat sur les responsabilités entre la collectivité et l'assurance individuelle, et sur le risque qu'une augmentation de l'intervention de l'État confère à ce dernier des droits sur les individus.

¹⁴ F. Bloch-Lainé, 1967, *op. cit.*, p. 15-28.

¹⁵ *Ibid.*, F. Bloch-Lainé, 1967, p. 11.

¹⁶ *Ibid.*, F. Bloch-Lainé, 1967, p. 15-28.

Le partage des rôles – Cette section pose clairement la question de la mise en cohérence de la gestion de l'aide aux personnes handicapées, à travers notamment la prise en compte par l'État de l'initiative privée (très présente) à partir de la prise en compte des dispensateurs de services que sont des administrations publiques (centrales ou locales) et des organismes privés (dont la plupart sont des œuvres charitables). La question est de connaître les critères permettant de partager les attributions et les relations entre les services publics et les organismes privés (est clairement posée ici la nécessaire articulation de l'initiative privée avec celle de l'État) ; parmi les services publics, entre leurs différentes compétences (pédagogique, médicale et judiciaire) ; entre les services de l'État central ou déconcentrés et les collectivités locales : la question de la décentralisation – thème d'actualité à la fin des années 1960 – interroge tout autant le partage des charges (entendues ici comme capacité à prendre l'initiative) que celui des rôles.

La tension entre intégration (au sens d'assimilation) et ségrégation – Bloch-Lainé inscrit la question de l'organisation de l'action publique au regard de celle des buts. La question est posée en termes dialectiques : est-ce qu'adapter et rééduquer signifie-t-il dans tous les cas (ré)intégrer à la société dite normale ou bien faut-il diversifier les milieux de vie ? Doit-on traiter à part ceux que l'on destine intégrer ou bien les traiter avec les autres ? Il réinscrit cette question dans la tension existant entre efficacité collective et « le bonheur »¹⁷. La réponse qu'il propose est celle d'« un nouveau pluralisme, (...) ; il y a nécessairement, là où la vie est dure et complexe, des milieux combattants et des milieux protégés ; ceux-ci avec des degrés divers de protection »¹⁸. Reste enfin la question des moyens, c'est à dire des procédés intérimaires qui peuvent être plus ou moins ségrégatifs, là encore le pluralisme est recommandé.

➤ *Les principaux services à assurer*¹⁹

L'amélioration du dépistage et de l'orientation

Il pointe ici la multiplicité et la difficile articulation des intervenants dans le dépistage et l'orientation, multiplicité qui s'inscrit dans une double prise en charge physique

¹⁷ *Ibid.*, F. Bloch-Lainé, 1967, p. 26.

¹⁸ *Ibid.*, F. Bloch-Lainé, 1967, p. 27.

¹⁹ Cette section fait partie du chapitre consacré aux Services à assurer : la prévention ; le dépistage et l'orientation ; le traitement médical ; l'éducation en milieu protégé ; l'emploi protégé ; l'hébergement, le logement et l'hospitalité.

(hébergement, employeur, hôpital, etc.) et financière (régime de réparation, Sécurité sociale ou Aide sociale). Il dénonce les effets de la sectorisation en soulignant l'absence d'articulation entre les différents dispositifs ce qui conduit à une forme d'éclatement des parcours de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle. Il propose la sectorisation – dans le sens de quadrillage du territoire, afin qu'il « y ait une réunion des moyens d'action en faveur des handicapés. »²⁰ Il préconise un suivi individualisé de la personne handicapée et décrit ce que seront dans les années suivantes les principes instituant l'action sociale globale.

L'emploi

Il fait un bilan négatif de la mise en œuvre des moyens prévus par la loi de 1957 (obligation d'employer des travailleurs handicapés pour les secteurs privé, semi-public et public). Il rappelle le monopole du placement dont bénéficie l'État depuis 1945 et le rôle prépondérant des initiatives privées pour pallier le manque de résultats des services de l'État dans ce domaine : « dans le domaine des handicapés, les institutions de formation et de réadaptation ont fort heureusement, en violation de la loi, créé leurs propres filières. »²¹ L'obligation d'emploi n'est pas respectée : les administrations de l'État se repliant derrière la contrainte de reclasser en métropole les fonctionnaires ayant servi outre-mer, et les entreprises privées n'observant pas l'obligation d'emploi. Pour remédier à cette absence de réalisation d'embauches, il préconise avant l'heure, la combinaison d'un système de « taxe, semblable à la taxe professionnelle qui pèserait sur toutes les entreprises et dont elles seraient exonérées dans la mesure où elles emploieraient des handicapés, le produit étant destiné à développer ailleurs cet emploi »²² articulé à un système de prime d'équipement ; ou bien encore la réduction de cette taxe par l'achat à des ateliers spéciaux où ne travailleraient que des personnes handicapées. Le principe énoncé ici est celui qui sera appliqué dans le cadre de la loi du 10 juillet 1987²³, la notion de cotisation remplaçant celle de taxe.

3.1.4 Rechercher une organisation pouvant apporter une réponse globale

L'organisation administrative telle qu'elle est décrite dans le rapport souffre d'un certain nombre de défauts : insuffisance et répartition territoriale inégale des établissements et services, système cloisonné qui nuit à une prise en charge cohérente de chaque personne ; liens confus entre financement et décision contribuant eux aussi à gêner un fonctionnement déjà difficile. Bloch-Lainé propose une forme d'organisation similaire à

²⁰ F. Bloch-Lainé, 1967, *op. cit.*, p. 35.

²¹ *Ibid.*, F. Bloch-Lainé, 1967, p. 46.

²² *Ibid.*, F. Bloch-Lainé, 1967, p. 48.

²³ Voir Partie 2, chapitre 2.

celle mise en place pour la formation professionnelle où un comité interministériel réunirait les différentes instances créées auparavant (enfance inadaptée²⁴ et travailleurs handicapés²⁵). Bien avant la décentralisation, la région est pressentie comme le niveau pertinent pour la planification et la consultation, et le département pour celui de la mise en œuvre et du contrôle. Devant les difficultés à faire fonctionner la solidarité de voisinage – les petites communes ont peu de moyens et les plus grandes ne peuvent évaluer les besoins individuels – la sectorisation (dans son sens d'aire géographique) est présentée comme le moyen de mieux connaître les besoins individuels et de mieux les satisfaire. Elle doit être soutenue par une coordination : « il manquait une espèce d'hommes dénommés, faute de mieux, des 'coordonnateurs de l'action sociale'. Leur nécessité apparaît aux niveaux de secteur, du département, de la région, sans parler des administrations centrales que l'appareil général de la fonction publique pourvoit mal en administrateurs de qualité ayant la vocation sociale. »²⁶ Il recentre ainsi l'action des pouvoirs public vers des actions de contrôles (vérifier que les services reconnus nécessaires soient effectivement offerts) et de promotion (susciter et seconder les actions du secteur privé en l'inscrivant sous un régime conventionnel). L'initiative privée est explicitement reconnue : « il s'agirait, dans tous les secteurs, de privilégier ce qui s'est fait en premier et paraît bon dans une aire déterminée, afin d'éviter une coexistence désordonnée. »²⁷ De plus, le rôle de l'État doit permettre le développement de l'initiative privée à travers l'accès à une assistance technique, et organiser – via la formation – la professionnalisation d'un futur secteur caractérisé par l'hétérogénéité des intervenants et la pénurie de personnel dans certaines branches (particulièrement le manque de psychiatres). Il propose enfin, un remembrement des systèmes de financements générateurs d'inégalités entre personnes handicapées. Il pose le principe – qui sera repris dans la loi du 30 juin 1975 – de la substitution de la solidarité nationale aux solidarités familiales et de voisinage pour « tout ce qui est du ressort de la solidarité nationale. C'est à dire de la couverture des frais relatifs : aux soins (...), l'éducation spéciale, l'adaptation professionnelle. »²⁸

L'état des lieux de la gestion de l'inadaptation qui ressort de ce rapport met en évidence une organisation inégalitaire et hétérogène dans laquelle l'initiative privée a tant bien que mal développé des structures/services pour pallier l'absence d'intervention de l'État. Les propositions faites visent : à homogénéiser et harmoniser les interventions et les moyens ; à délimiter un champ d'action qui permette à la sectorisation de se développer et à rendre possible à des professions de s'organiser, et dans ce cas précis, de professionnali-

²⁴ Décrets des 26/12/1944 et 24/12/1945.

²⁵ Loi du 23/11/1957.

²⁶ F. Bloch-Lainé, 1967, *op. cit.*, p. 64.

²⁷ *Ibid.*, F. Bloch-Lainé, 1967, p. 59.

²⁸ *Ibid.*, F. Bloch-Lainé, 1967, p. 68.

ser là où le bénévolat a suppléé l'absence d'intervention de l'État. La dimension territoriale est importante à double titre, c'est au niveau du secteur géographique qu'il est possible de recueillir les besoins mal identifiés d'une catégorie de population et de développer la coordination des interventions.

3.2 BLOCH-LAINE EST-IL UN MEDIATEUR ?

Comme le souligne P. Muller, « une politique n'existe réellement qu'à travers les acteurs concrets qui entrent en relation (au besoin en s'affrontant) à l'occasion de son élaboration ou de sa mise en œuvre »²⁹. Le rôle joué par Bloch-Lainé à travers la réalisation et la diffusion de ce rapport – dont on vient de voir la capacité à faire émerger un certain nombre de problèmes, à les reformuler de façon globale et à proposer des solutions – amène à poser la question suivante : Peut-on considérer Bloch-Lainé comme un médiateur ? La définition que donne P. Muller des médiateurs est la suivante : « on appellera médiateurs les agents qui réalisent une construction du référentiel d'une politique, c'est-à-dire la création d'images cognitives déterminant la perception du problème par les groupes en présence et la définition de solutions appropriées. (...) Les médiateurs occupent une position stratégique dans le système de décision dans la mesure où ce sont eux qui formulent le cadre intellectuel au sein duquel se déroulent les négociations, les conflits ou les alliances qui conduisent à la décision »³⁰. Du point de vue de la production de nouvelles connaissances la posture de Bloch-Lainé est proche de celle de l'expert entendu comme celui qui produit de la connaissance, sous forme de rapport le plus souvent, en l'adaptant aux préoccupations des uns et des autres : « le bon expert n'est pas nécessairement un médiateur neutre, c'est avant tout un apporteur de connaissances utiles, c'est-à-dire de connaissances appropriables par leurs utilisateurs. »³¹ Bloch-Lainé est plus qu'un expert, il est un médiateur au sens que lui donne P. Muller dans la mesure où il occupe une position stratégique dans le système de décision : Bloch-Lainé est un haut fonctionnaire en charge de réaliser un rapport à la demande du président de la République père d'une fille handicapée.

Considérer Bloch-Lainé comme un médiateur implique de rechercher les différentes opérations de décodage et de recodage du réel qu'il effectue, et par-là même les nouvelles clés de compréhension qu'il donne pour permettre aux différents acteurs concernés de se faire une nouvelle idée des problèmes à traiter.

²⁹ P. Muller, 1994, *op. cit.*, p. 50.

³⁰ *Ibid.*, P. Muller, 1994, p. 50.

³¹ H. Bertrand, B. Hillau et A. Richard, « L'expertise en région : entre légitimité de la connaissance et utilité pour l'action », in *Formation et Emploi*, Marseille, Céreq, n° 89, 2003, p. 19.

3.2.1 La mise en évidence des référentiels du secteur privé

À travers ce rapport, Bloch-Lainé met en évidence l'éclatement du champ de l'inadaptation. Ce dernier ne s'inscrit pas en tant que tel au sein d'un secteur de l'action publique mais au croisement de secteurs importants dotés de systèmes de représentations et de pratiques différentes : l'aide sociale, l'éducation et l'emploi auxquels il est important d'ajouter le monde associatif. Cette inscription multiple est génératrice de complexité et de tensions que ce rapport met à jour : il recense les différentes conceptions portées par les professionnels et les bénévoles présents dans le champ de l'inadaptation. Ainsi, il donne à voir dans un seul document, une vue d'ensemble des différents référentiels – entendus ici comme un ensemble de représentations organisées – présents dans le champ de l'inadaptation et portés par des groupes de pression différents.

➤ *Les associations*

Très présentes dans le champ du handicap, les associations constituent un ensemble qui se caractérise par son manque d'homogénéité. Elles se sont développées tout au long du XIX^e et du XX^e siècle afin d'apporter des réponses aux problèmes de publics spécifiques (déficients sensoriels, handicapés physiques ou mentaux). Elles ont créé de nombreuses structures pour pallier l'absence de prise en charge par l'État du handicap et ont développé de nombreuses initiatives (recherches de pédagogies adaptées, formations à différents métiers, etc.). Dans le rapport, leurs points de vues sont recensés, signe d'« une relation nouvelle et négociée entre les associations et l'État. »³² Si ces dernières dénoncent unanimement l'insuffisance des aides reçues et le manque de services adaptés selon la nature du problème à régler, leur argumentaire s'appuie sur des rhétoriques différentes en fonction des personnes qu'elles représentent :

1. *La non reconnaissance par la société des droits individuels*

De nombreuses associations posent la question de la responsabilité de la société vis-à-vis des handicaps qui n'entrent pas dans une logique de réparation. Cette question se fonde sur plusieurs conceptions : c'est la société qui produit des handicapés³³ ; il est difficile d'établir de façon claire des relations de cause à effet³⁴ ; les familles seules ne peuvent supporter les conséquences du malheur d'un de ses membres ; une nation à mesure qu'elle s'approche de l'opulence, a des devoirs plus manifestes. Sur cette question, le rapport Bloch-Lainé rend compte de la difficulté à trouver la juste mesure entre

³² A. Blanc, 1999, *op. cit.*, p. 19.

³³ Maladies que l'on ne sait pas encore guérir faute de recherches suffisantes dans le domaine de la médecine, etc.

³⁴ Les évolutions dans le domaine médical remettent en question les relations causales antérieurement établies et brouillent ainsi les pistes. La reproduction de l'espèce humaine fait courir aux collectivités des risques qui ne sont pas appropriables et qu'il n'est pas juste de laisser peser, dans l'ignorance, sur les familles.

la Sécurité sociale absolue et l'ancienne conception de l'assistance elle-même issue de la charité et propose, comme on l'a vu, d'ouvrir une réflexion qui dépasse l'idée de réparation pour se fonder sur celle de l'égalité des droits.

2. *Egalité des droits*

L'égalité des droits concerne l'accès à la santé, un salaire minimum garanti, l'instruction, une pension à titre de couverture du *pretium doloris*.

3. *L'honneur et l'utilité*

Sur le thème de l'honneur, certaines associations avancent la conception selon laquelle une nation avancée se doit à elle-même de combattre la misère qui contraste avec une aisance quasi générale. Sur le thème de l'utilité, elles insistent sur la récupération de la main-d'œuvre et sur la protection des jeunes. Cette récupération doit pouvoir se traduire par une insertion en milieu ordinaire de production ou en milieu protégé.

4. *Ségrégation ou intégration*

Cette tension est peut-être celle qui permet de mesurer le plus l'hétérogénéité des discours portés par les associations : Doit-on traiter à part ceux que l'on destine intégrer ou bien les traiter avec les autres ? Les positions sont différentes et Bloch-Lainé recommande une posture qui privilégie le pluralisme des modes d'accueil. Si l'inégalité de traitement entre personnes handicapées est un point mis en exergue par la majorité des associations, leur diversité se traduit par des demandes diverses voire contradictoires. Chaque public spécifique représenté (mutilés du travail, enfants handicapés, etc.) génère des attentes différentes. Parmi ces dernières, la tension entre intégration et ségrégation est la plus évidente. Ainsi, qu'il s'agisse des déficiences sensorielles, des déficiences mentales ou physiques, la tendance induite par les différentes associations est aux établissements spécialisés en évitant le mélange des genres. On peut citer ici le cas des aveugles qui « constituent un monde à part, qui fournit ses propres pédagogues, hostiles aux maîtres qui n'ont pas la même infirmité »³⁵.

➤ *Le secteur économique*

L'étalonnage des performances en fonction d'une norme de production induit une représentation qui oppose milieu ordinaire de production et emploi protégé. Le référentiel des milieux économiques est celui de la production/concurrence. Les associations dans un premier temps, puis le législateur dans un second temps ont mis en application le principe d'un secteur d'emploi protégé qui, sans s'opposer à l'emploi ordinaire, constitue pour certains travailleurs handicapés un sas de réentraînement au travail et pour d'autres, la possibilité d'être productifs selon des critères plus légers que ceux attendus en milieu ordinaire de production.

³⁵ F. Bloch-Lainé, 1967, *op. cit.*, p. 37.

3.2.2 L'identification des tensions entre secteurs de l'action publique et l'élaboration de propositions

Bloch-Lainé parvient à mettre à jour les tensions et les problèmes qu'entraîne le positionnement de ce champ à la lisière des compétences de plusieurs secteurs, notamment à partir de la mise en évidence du fonctionnement cloisonné des constructions institutionnelles verticales de l'État (Aide sociale, éducation, santé) et de l'isolement des structures issues de l'initiative privée. Il permet de faire le point sur l'héritage historique d'une construction d'un champ en devenir. Construction basée sur la répartition des rôles entre l'État et la société civile, c'est à dire entre reconnaissance et non-reconnaissance par l'État de certaines questions, charge à la société civile de s'organiser pour apporter des solutions.

Plus de la moitié du rapport est consacrée à l'exposition d'un certain nombre de propositions visant à apporter des réponses aux problèmes soulevés par ce public. Les propositions faites concernent : la prévention néonatale, le dépistage et l'orientation, le traitement médical, l'éducation en milieu protégé, l'emploi protégé, l'hébergement, le logement et l'hospitalité. Si ce rapport ne tranche pas de façon précise sur la façon de traiter la question générale de l'inadaptation, il propose cependant une représentation alternative des interventions possibles pour traiter les problèmes des personnes handicapées : suivant que la personne handicapée est supportable ou non par les tiers, on peut la laisser aller (comme l'idiot du village) ou bien l'enfermer (comme le furieux et le monstre). La question est de savoir s'il faut adapter l'individu à la société ou celle-ci à l'individu (question qui sera au cœur des débats dans les années 1970-1980). L'intégration se discute à partir de plusieurs conceptions : est-elle un facteur d'épanouissement personnel pour la personne handicapée ? Constitue-t-elle toujours la meilleure forme pour réadapter une personne handicapée ? Les spécialistes se divisent sur ce sujet : il y a ceux qui militent pour la *protection*, entendue ici comme la constitution de collectivités spéciales (et non plus des hôpitaux) pour accueillir ceux qui ne peuvent pas s'intégrer dans la société (débiles, infirmes moteurs cérébraux, etc.). D'autres militent pour la réadaptation pour ceux qui peuvent récupérer une aptitude leur permettant de se réinsérer professionnellement. Cette tension pose la question des moyens, c'est à dire des procédés qui peuvent être plus ou moins ségrégatifs.

3.2.3 La reformulation des questions

Si l'on pose la question, à savoir : Bloch-Lainé est-il un médiateur ?, il faut alors pouvoir répondre à la question suivante : réalise-t-il une opération de construction ou de transformation du référentiel d'une politique publique ?

Rétrospectivement, il est possible de répondre à cette question. Le travail de décodage et recodage du réel qu'effectue Bloch-Lainé se passe à partir d'une présentation orga-

nisée où les interventions existantes sont analysées dans une nouvelle perspective. Alors que la législation est disparate et sélective, que les termes pour désigner les publics sont différents, il parvient (à partir d'une définition générique), à utiliser la notion d'inadaptation pour regrouper un ensemble de situations « éclectiques » et réunir sous un même vocable des catégories présentées par les associations comme étant distinctes et non cumulatives. Après avoir proposé une définition permettant de réunir des publics traditionnellement abordés de façon spécifique, il met en évidence l'éclatement de ce qu'il nomme le « champ de l'inadaptation » tout en soulignant certaines problématiques communes. Il donne les éléments utiles pour envisager une approche globale des problèmes que rencontrent les handicapés en donnant la clé – à partir de la notion d'inadaptation – pour les penser en tant que problèmes transversaux à une catégorie de la population et non plus spécifiques à une diversité de cas. Il parvient ainsi à faire passer l'idée selon laquelle les questions les plus importantes sont communes à l'ensemble des personnes handicapées. À partir de cette opération, on peut repérer le travail réalisé pour proposer une nouvelle perception du problème aux groupes en présence. Ce rapport permet de réaliser le passage d'une conception morcelée des interventions (on pourrait dire d'une non conception) à l'idée de leur homogénéisation.

À travers ce rapport, Bloch-Lainé, explicite un problème fondamental pour la société française : celui de considérer le handicap de naissance comme un risque collectif inhérent à la reproduction de l'espèce. Problème auquel il articule celui que pose l'attitude à adopter : celle permettant l'égalité des droits pour tous les Français. Afin de permettre l'élaboration de réponses communes à ces publics, il réinscrit la question de l'inadaptation dans la tension qui existe entre reconnaissance et non-reconnaissance et propose en remplacement celle d'égalité des droits. C'est à partir de cette valeur fondamentale que Bloch-Lainé montre comment il est possible d'identifier un « secteur du handicap » : un certain nombre de personnes ne peuvent, du fait d'un écart à la norme trop important, jouir des droits admis cependant à l'ensemble des citoyens. Il met en évidence la rupture qui existe pour certains, avec les valeurs de la société en pointant l'inégalité de traitement dont sont l'objet de nombreuses personnes souffrant d'un handicap (enfants et adultes). En posant l'égalité des droits comme valeur centrale, il peut ainsi réinscrire les principaux problèmes communs à l'ensemble des personnes handicapées au regard de cette valeur et souligner la nécessité de réduire cette (ces) inégalité(s) de traitement.

En donnant une lecture la plus complète possible des problèmes de l'inadaptation, ce rapport offre une première tentative d'approche globale de ces problèmes. Il peut constituer la base à partir de laquelle l'État et les partenaires sociaux identifiés dans le rapport peuvent élaborer une réponse à spectre large, base à partir de laquelle il est alors possible de constituer un domaine d'action publique. Par cette opération, Bloch-Lainé dessine le périmètre dans lequel peuvent cohabiter les différents référentiels sectoriels portés par les

associations et les services d'État. Ce rapport va largement contribuer à structurer les débats préparatoires au vote de la loi du 30 juin 1975. En offrant un cadre intellectuel qui intègre les différents référentiels sectoriels, les décideurs³⁶ disposent d'une représentation, une image de la réalité sur laquelle ils peuvent intervenir.

3.2.4 Un rapport inscrit dans la recherche d'un nouveau modèle d'action sociale

Le rapport Bloch-Lainé s'inscrit dans « un ensemble de grands textes administratifs remarquablement homogènes quant au modèle d'action proposé »³⁷, qui vont constituer les bases de réflexion pour la recherche d'une nouvelle approche des problèmes sociaux. Il s'agit de dépasser le modèle traditionnel d'une action sociale éclatée, modèle peu performant pour répondre aux risques d'exclusion de certaines populations. X. Gaullier³⁸ propose un tableau comparatif entre les deux modèles d'action sociale.

Nouvelle action sociale	Ancienne assistance sociale
<ul style="list-style-type: none"> - Action globale - Concerne toute la population. - Milieu ouvert - Prévention. - Promotion des individus - Aspect communautaire - Gestion collective. - Intégration sociale 	<ul style="list-style-type: none"> - Services parcellisés - Seuls les indigents sont concernés - Enfermement - Curatif - Assistance - Individualisme - Importance de la famille - Exclusion sociale

Dans le nouveau modèle d'action sociale la recherche d'une coordination des actions de l'État est une priorité. Elle vise à dépasser les limites dues à la fragmentation du champ du social. En effet, malgré la multiplication des dépenses d'aide sociale, le problème de pauvreté et de déficit d'intégration de certaines populations ne trouve pas de réponse. Dans un système où « la gestion traditionnelle des services sociaux est caractérisée par la domination de groupes professionnels très hiérarchisés recherchant chacun pour son domaine un quasi monopole d'action »³⁹, la coordination des différentes bureaucraties sociales apparaît

³⁶ Entendus ici comme les acteurs qui au niveau central négocient et produisent une représentation exprimée en terme de « Rapport Global Sectoriel ».

³⁷ Le rapport de la commission présidée par Pierre Laroque (1962) qui entend prolonger aussi longtemps que possible la participation active des personnes âgées dans la vie sociale ; le rapport Dupont-Fauville (1971) qui propose un ensemble de mesures en vue de transformer l'Aide sociale à l'enfance d'une modèle de placement des enfants en un système d'aides multiformes aux familles en difficulté, in B. Jobert, *op. cit.*, 1981, p. 130-131.

³⁸ X. Gaullier, *Politiques de la vieillesse*, Paris, Fondation des villes, 1979, p. 30, cité par B. Jobert, *op. cit.*, 1981, p. 132.

³⁹ B. Jobert, 1981, *op. cit.*, p. 129.

comme une solution. Le mode sectorisé de l'action sociale ne permet pas de répondre aux nouvelles demandes d'intégration du fait d'un fort cloisonnement des différentes bureaucraties sociales. La tension qui naît de l'inadaptation de l'appareil bureaucratique se traduit par la recherche d'une nouvelle approche des problèmes sociaux. L'idée d'une action sociale globale est envisageable et vient redéfinir le rapport global-sectoriel⁴⁰, son corollaire étant la coordination.

Le Plan aura un rôle important dans la diffusion des grands mythes de l'action sociale, cependant, la concrétisation de ce modèle sera moins ambitieuse que le souhaitent ses promoteurs. Minorée par un portage politique faible, des bureaucraties défendant leur monopole et l'absence d'une connaissance fine des besoins de certaines catégories, « l'histoire de l'action sociale est celle d'un rétrécissement continu de son champ d'action. »⁴¹ Elle se heurte à l'inertie des administrations, à leurs routines : « les rapports de pouvoirs dans lesquels s'inscrit la tendance d'un nouveau modèle d'action permettent de comprendre le rétrécissement progressif de son champ d'intervention. Partant de la transformation de l'ensemble des paramètres du développement, ce modèle se concrétise dans des efforts modestes de coordination locale des institutions placées, le plus directement sous l'emprise de la Direction des Affaires Sociales. »⁴² De plus, le nouveau modèle d'action sociale tend à ignorer les conditions socioéconomiques déterminant la situation sociale des groupes cibles qu'elle prétend aider : « faute d'analyse en profondeur des relations qui unissent une position dans l'appareil de production à une trajectoire dans les institutions sociales, l'action sociale globale tend à construire ses interventions en fonction de catégories sociales abstraites, la personne âgée, les handicapés, les jeunes, les habitants. »⁴³ Il en résulte une absence de réflexion opérationnelle sur la liaison entre politique du travail et action sociale, et la tendance à « imposer à des groupes situés à des positions très différentes dans le système de classe un modèle de référence homogène. »⁴⁴ C'est dans le contexte où la recherche d'action sociale globale mobilise l'administration des affaires sanitaires et sociales autour de la gestion des problèmes des publics en difficulté, que les débats préparatoires à la loi du 30 juin 1975 se déroulent.

⁴⁰ *Ibid.*, B. Jobert, 1981, p. 133.

⁴¹ *Ibid.*, B. Jobert, 1981, p. 133.

⁴² *Ibid.*, B. Jobert, 1981, p. 133

⁴³ *Ibid.*, B. Jobert, 1981, p. 140.

⁴⁴ *Ibid.*, B. Jobert, 1981, p.140.

3.3 LA LOI D'ORIENTATION DU 30 JUIN 1975 EN FAVEUR DES HANDICAPES.

Suite au rapport Bloch-Lainé et aux travaux de René Lenoir sur l'exclusion⁴⁵, les questions relatives aux personnes handicapées sont intégrées dans les travaux préparatoires du VI^e plan (1971-1975). Les personnes handicapées vont constituer l'une des populations cible vis-à-vis de laquelle la recherche d'une politique permettant de traiter l'ensemble de leurs situations est une priorité. Instance de consultation, l'intergroupe handicapés-inadaptés « contribue à définir l'apport de chaque politique sectorielle. »⁴⁶ La recherche d'une plus grande autonomie pour ce public se traduit par l'identification de quatre niveaux d'intervention : la prévention des handicaps et des inadaptations ; le développement des aides pour augmenter les possibilités de maintien à domicile ; le maintien d'un secteur d'établissements spécialisés pour l'accueil des personnes lourdement handicapées ; l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail.

La question de l'articulation entre les systèmes de prise en charge des jeunes handicapés devenus adultes ne trouvant pas de solution intégrative par le travail se concrétise en 1973 par la création de structures protégées pour accueillir ces jeunes adultes. Toutefois, l'absence de coordination entre les structures réservées aux jeunes et celles réservées aux adultes conduit les pouvoirs publics à rechercher un système cohérent de prise en charge du handicap qui favorise une gestion fluide du handicap à tous âges. En effet, Le secteur privé s'est développé pour pallier les insuffisances des différents dispositifs mis en place par l'État, et la coordination de ces différentes actions reste problématique. Un constat s'impose à la fin des années 1960, l'État est resté trop en retrait de la gestion des situations des personnes handicapées.

3.3.1 Deux lois complémentaires pour assurer une réponse globale

Au moment des débats de la loi, l'opinion est favorable à la cause des personnes handicapées qui est bien perçue dans tous les sondages. Toutefois, certains milieux expriment moins d'enthousiasme (les milieux économiques) et certains handicaps sont moins bien perçus que d'autres en particuliers les handicapés sociaux plus ou moins soupçonnés

⁴⁵ R. Lenoir, *Les exclus – Un Français sur dix*, Paris, Seuil, 1976 (1^{ère} éd. 1974).

⁴⁶ A. Blanc, 1999, *op. cit.*, p. 25.

d'avoir choisis leur condition⁴⁷. Le secteur associatif s'est structuré autour d'un certain nombre de demandes communes, et plusieurs associations sont identifiées comme interlocuteur par l'État. Les associations de parents d'enfants handicapés sont porteuses d'une nouvelle représentation du handicap qui vient contrecarrer les stéréotypes hérités du discours hygiéniste. Elles vont permettre de « modifier le regard porté par le législateur, et plus généralement par la société sur les handicapés et leur famille. »⁴⁸ En introduisant l'image de « bons parents » (l'infirmité n'est plus imputable aux qualités morales des familles) elles « ont conduit les pouvoirs publics à reconnaître non seulement leur mérite, mais également leur qualité morale. »⁴⁹ Dans le même temps, les progrès de la médecine, en permettant l'identification des affections de façon de plus en plus précise (en particulier les maladies génétiques et d'origine neurologique), renforcent la représentation positive du handicap. C'est donc sur les bases d'une représentation plus objective – dans le sens où elle dépasse celle stigmatisant les classes défavorisées – que le problème de l'égalité des droits dans la vie sociale (à travers l'accès à l'éducation, à la formation et à l'insertion professionnelle) des personnes handicapées est abordé. Une réflexion sur la situation particulière des personnes handicapées se développe, et le thème de leur intégration (dans le sens de leur participation à la vie sociale) tend à remplacer celui de leur réadaptation.

Toutefois, si les tenants de l'action sociale globale défendent une approche globale des problèmes⁵⁰, les débats sont parasités par les représentations antérieures⁵¹. A. Labregère donne – à partir des débats sur l'éducation spéciale – un exemple des tensions qui ont animé les discussions préalables à la loi d'orientation du 30 juin 1975. La coexistence des statuts de malade et d'écolier sont pour les médiateurs difficiles à concilier car ces deux statuts ne désignent pas les mêmes lieux d'accueil : l'un désigne l'établissement à dominante médicale et l'autre l'école. Malgré les divergences, c'est une approche globale des problèmes qui est préconisée pour homogénéiser une législation disparate dont la portée reste limitée du fait de l'empilement des mesures qui ont rendu le système qui gère les différents problèmes des personnes handicapées de plus en plus complexe et pourtant incomplet. Reprenant une intervention de R. Lenoir, A. Blanc indique que « le président Pompidou céda en ces termes aux appels réitérés de la secrétaire d'État à l'Action sociale, Marie-Madeleine Dienesch : 'Chère amie, vous allez me préparer une loi, mais une loi qui règle tous les problèmes, mais tous'. »⁵² La loi votée aura comme caractéristique d'être conforme au modèle d'action sociale globale : l'intégralité des problèmes des personnes

⁴⁷ J.-M. Berlogey « Le travail parlementaire et la mise à l'agenda », in *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, Paris, Desclée de Brouwer, Handicaps, 1998, p. 273-281.

⁴⁸ S. Ebersold, 1992, *op. cit.*, p. 56.

⁴⁹ *Ibid.*, S. Ebersold, p. 57.

⁵⁰ A. Blanc, 1999, *op. cit.*, p. 36.

⁵¹ A. Labregère, 1989, *op. cit.*, p. 28-32.

⁵² A. Blanc, 1999, *op. cit.*, p. 36.

handicapées va être inscrite dans un dispositif homogène. Vingt ans après sa mise en œuvre, l'homogénéité de ce dispositif montrera ses limites.

Deux lois relatives au handicap et à sa prise en charge sont promulguées le 30 juin 1975⁵³. Ces deux lois complémentaires dans leurs approches fondent la politique en faveur des personnes en situation de handicap.

➤ *La loi relative aux moyens des institutions sociales et médico-sociales*

Cette loi, en contribuant à créer une unité juridique⁵⁴, vise à organiser un secteur constitué par une large gamme d'organismes et d'activités de statuts variés, publics ou privés, qui offrent des services à l'intention des familles, des enfants, des personnes inadaptées, handicapées ou âgées. Outre les diverses modalités d'aide à domicile, on peut citer, pour les établissements les plus connus, les Foyers de l'Enfance, les Instituts Médico-Educatifs, les Foyers d'Hébergement et CAT pour handicapés, les Maisons de Retraite publiques ou privées. Cette loi a été réformée par la loi du 2 janvier 2002⁵⁵. Ce dernier texte vise à garantir les droits des usagers et promouvoir l'innovation sociale et médico-sociale et instaurer des procédures de pilotage du dispositif rigoureuses et plus transparentes en rénovant le lien entre la planification, la programmation, l'allocation de ressources, l'évaluation et la coordination.

Dans la suite du texte, seule la loi n° 75-534 d'orientation en faveur des handicapés est développée car elle concerne directement le public ciblé dans cette thèse.

⁵³ Deux lois complémentaires sont votées ce 30 juin 1975 dans le champ du handicap, l'une concerne le fonctionnement des institutions sociales et médico-sociales et la place des professionnels exerçant en leur sein (loi n° 75-535) et celle qui nous occupe ici, dite loi d'orientation en faveur des personnes handicapées (loi n° 75-534). Les deux sont parues au J.O. du 1^{er} juillet 1975.

⁵⁴ L'unité du secteur est principalement assurée par les dispositions législatives et réglementaires structurées autour du Code de la Famille et de l'Aide Sociale et de la loi n° 75-535 du 30 Juin 1975 relative aux Institutions Sociales et Médico-Sociales qui régleme les conditions de création, de financement, de formation et de statut du personnel des établissements et services du secteur.

⁵⁵ La loi 2002.02 a pour ambition de rénover l'action sociale et médico-sociale, et concerne dans sa mise en œuvre près de 22 000 établissements, 400 000 salariés et plus d'un million de personnes accueillies. Pour plus d'informations, consulter les *Actualités Sociales Hebdomadaires* n° 2245 du 11 janvier 2002.

3.3.2 La loi d'orientation⁵⁶ en faveur des handicapés

Avec cette loi, la notion d'handicapé est étendue à toutes les catégories précédemment utilisées (mutilé, invalide, infirme) et couvre la période de l'enfance à l'âge de la retraite. Cette loi « a donc un caractère unificateur puisqu'elle recouvre les handicaps de toute nature (moteur, sensoriel, mental) et toutes les origines (congénital, accidentel, pathologique). »⁵⁷ Elle institutionnalise le handicap comme catégorie unique pour tout un groupe de personnes déviant de la norme pour raisons médicales. La loi pose par conséquent le principe d'une différenciation entre « handicap médical » (qu'il soit d'origine physique, sensoriel ou mental) et « handicap social ». Cette distinction marque la séparation du traitement des handicapés sociaux, ce qui conduira les associations de travail social à mettre en place sur le modèle des établissements protégé des structures adaptées aux exclus du marché du travail (*cf. infra* Partie 2, 1.5).

Cette loi fixe quatre principes :

- La définition d'une obligation nationale (La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux) couvrant tous les âges de la vie de la personne handicapée et tous les types de handicap ;
- L'exécution conjointe de cette obligation par plusieurs acteurs privés (familles, associations) et publics (État, collectivités territoriales, organismes de Sécurité sociale) ;
- Le milieu ordinaire comme cadre privilégié d'exécution de cette obligation ;
- Le rôle de coordonnateur de l'État.

Cependant, elle ne remodèle pas le paysage législatif existant, elle laisse subsister les régimes précédents : « la loi n'instaure pas une véritable législation sur l'invalidité, ni un statut des handicapés, ni même une charte du droit des handicapés. C'est un corps de règles définissant des objectifs et mettant en place un régime de compensation financière pour

⁵⁶ « Les lois d'orientation constituent une catégorie particulière de lois non prévue par la Constitution mais née de la pratique parlementaire sous la V^e République. Elles contiennent de nombreuses dispositions normatives tout à fait ordinaires, semblables à celles que l'on trouve habituellement dans l'ensemble des lois. Mais en introduction, quelques articles exposent – et là réside toute leur spécificité – l'orientation de l'État à l'égard d'un problème déterminé, ces principes étant réputés résulter d'un consensus qui déborde la seule majorité parlementaire. Le prototype de cette catégorie de loi est la loi d'orientation de l'enseignement supérieur du 12 novembre 1968 adoptée sans opposition par la classe politique », in M.-L. Cros-Courtial, 1989, *op. cit.*, p. 20.

⁵⁷ M.-T. Poupon, 1992, *op. cit.*, p. 67.

tous ceux qui échappent aux autres dispositifs de réparation du handicap. »⁵⁸ Cette dernière modalité s'inscrit dans la logique des minima sociaux, il s'agit de corriger les effets d'une protection sociale basée sur la logique de plein emploi.

L'objectif d'intégration des personnes handicapées dans tous les segments de la société et l'approche globale de leurs problèmes sont explicitement exposés dès l'article 1^{er} : « La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte, handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale. » Cette loi instaure la prise en charge généralisée de toutes les catégories de personnes handicapées. Elle fait prévaloir la solidarité nationale sur l'assistance et vise à favoriser l'intégration des personnes handicapées. Chaque fois que les aptitudes des personnes handicapées (enfants et adultes) et de leur milieu familial le permettent, leur maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie est recherché. Afin d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables, « les familles, l'État, les collectivités locales, les établissements publics, les organismes de Sécurité sociale, les associations, les groupements, organismes et entreprises publics et privés associent leurs interventions pour mettre en œuvre cette obligation en vue notamment d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables. »

Cette loi vise à homogénéiser une législation disparate dont la portée était limitée du fait de l'empilement des mesures rendant le système de plus en plus complexe. L'État en cherchant à coordonner le dispositif existant à travers la mise en œuvre d'une approche globale du handicap⁵⁹ peut prétendre dépasser ainsi les actions spécifiques du secteur privé en visant une prise en charge la plus complète possible des besoins de ce public. À compter de cette loi, le mode gestion du handicap s'organise autour de trois pôles : l'État, le secteur privé et les professionnels. Dans ce triptyque, l'État apparaît comme le garant du bien public sans en avoir le monopole. Toujours dans son article 1^{er}, la loi donne à l'État le rôle de coordonnateur : « L'État coordonne et anime ces interventions par l'intermédiaire du comité interministériel de coordination en matière d'adaptation et de réadaptation, assisté d'un conseil national consultatif des personnes handicapées. »

⁵⁸ H. Marie, « Les handicapés », in *La protection sociale en France*, Paris, La documentation française, 1995, p. 32.

⁵⁹ S. Ebersold, 1992, *op. cit.*, p.74 à 81.

3.3.3 Deux commissions pour traiter les besoins des personnes handicapées jeunes et adultes

Dans un contexte où les personnes handicapées se trouvent très souvent à la charge de leur famille, cette loi introduit des dispositions pour les mineurs : l'obligation éducative, l'allocation d'éducation spéciale et elle prévoit la mise en place des Commissions Départementales de l'Education Spéciale (CDES)⁶⁰. Pour les adultes elle introduit le droit au travail, l'allocation aux adultes handicapés (AAH), la garantie de ressources et l'allocation compensatrice ; elle instaure les Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP qui remplacent les CDOI créées par la loi du 23 novembre 1957). À compter de cette loi on peut considérer la formation des personnes handicapées comme un bien public, dans le sens où les droits à l'éducation, à la formation, leur gratuité pour les mineurs et les droits à la formation permanente pour les adultes sont édictés.

➤ *La COTOREP : le dispositif des plus de 20 ans*

Selon une logique de gestion des publics jeunes et adultes, la COTOREP succède à la CDES pour traiter des questions de reconnaissance du handicap, d'orientation et d'allocation de ressources des adultes. On est adulte handicapé à partir de 20 ans (ou de 16 ans en cas d'entrée dans la vie active) et sans limite d'âge au-delà. Comme la CDES, c'est une instance départementale.

La COTOREP accueille, traite, oriente et statue sur chaque situation en fonction d'une logique toujours identique : favoriser une approche globale de la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi et de leur intégration dans tous les segments de la société. Sa structuration en deux sections, l'une pour les questions relatives à l'accès à l'emploi et l'autre pour les questions relatives à l'octroi de divers avantages, permet de forclure dans une seule institution la gestion du handicap. La gestion des situations des adultes handicapés est directement articulée avec celle de leur insertion professionnelle. Selon que cette dernière est possible ou pas, un certain nombre de réponses sont prévues par la loi et ces réponses sont apportées dans le cadre de la COTOREP. Commission administrative, la COTOREP a une triple mission :

- 1) Apprécier la situation personnelle des demandeurs (reconnaissance du statut de travailleur handicapé et calcul du taux d'incapacité) ;
- 2) Reconnaître le droit aux avantages divers et aux différentes formes d'allocations prévues par la loi ;

⁶⁰ Le volet de la loi consacré aux enfants n'est pas abordé ici, pour plus d'information voir l'annexe 10.

3) Se prononcer sur l'orientation des travailleurs handicapés et prendre toutes les mesures nécessaires au reclassement professionnel de ces derniers⁶¹.

La COTOREP est l'organe administratif compétent pour traiter l'ensemble des questions relatives aux adultes handicapés. M.-L. Cros-Courtial souligne « qu'une telle institution ne connaît pas d'équivalent en droit social : aucune catégorie de salariés, aussi défavorisée soit-elle, ne relève d'un organisme chargé à lui seul d'appréhender l'ensemble de ses problèmes spécifiques. »⁶²

- La *première section* concerne les relations de la personne handicapée avec le travail ; elle prend les décisions relatives à l'emploi : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé selon une évaluation en trois catégories⁶³ ; orientation vers le travail en milieu ordinaire ou protégé ou vers une formation professionnelle ; aides financières au retour à l'emploi. La première section de la COTOREP a donc un rôle central dans le dispositif d'insertion professionnelle des personnes handicapées.
- La *deuxième section* prend des décisions relatives à l'environnement social : elle attribue des allocations (allocations pour adultes handicapés, allocation compensatrice), évalue le taux d'incapacité, et oriente vers les établissements d'accueil spécialisés pour handicapés⁶⁴.

Outre leurs motifs, les décisions de la commission doivent préciser le délai dans lequel elles seront révisées. Cette révision est en lien avec la nature évolutive de nombreux handicaps. Cette évolution s'entend à partir du terme « consolidation » à distinguer de celui de guérison. D'un point de vue médical la guérison est un retour à l'état de santé antérieur (on guéri d'un rhume), alors que la consolidation est la stabilisation de l'état de santé sans qu'il y ait retour à l'état antérieur (un diabétique peut stabiliser son état sans pour autant être guéri). La durée administrative d'une reconnaissance ne peut généralement excéder cinq ans ; elle est portée à 10 ans pour des personnes présentant un handicap irréversible ou non susceptible d'évoluer favorablement. Selon sa situation, le dossier de la personne handicapée est orienté vers l'une des deux sections, voire les deux. Ainsi, si un handicap vient perturber la vie sociale ou professionnelle d'un adulte, seule la COTOREP

⁶¹ M.-L. Cros Courtial, 1989, *op. cit.*, p. 135.

⁶² *Ibid.*, M.-L. Cros Courtial, 1989, p. 133.

⁶³ « Est considéré comme travailleur handicapé, toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentale et le classe dans une des 3 catégories suivantes : A handicap léger, B handicap modéré, C handicap grave ». Article D323-12 et R323-32 du code du travail. On trouve aussi la catégorie C+ ou TPMOP qui concernent des personnes qui peuvent bénéficier d'un travail protégé en milieu ordinaire de production. Il s'agit d'un emploi à temps plein ou partiel occupé par un travailleur handicapé dont la production est évaluée, par un inspecteur du travail, inférieure à la norme. La rémunération versée par l'employeur est au moins de 50 % du SMIC, le complément de ressource est assuré par l'État via la prestation de garantie de ressource.

⁶⁴ Pour plus de détails sur le fonctionnement de la COTOREP voir annexe 10

est compétente pour l'aider à faire un bilan de ses aptitudes, l'orienter, décider d'aides financières et sociales. À l'inverse du système Nord américain, dans lequel toute personne dont le handicap est identifiable de façon évidente, bénéficie des avantages proposés par les *affirmative action programs*⁶⁵, le système français a institué un organe administratif particulier pour déterminer les ayants droit de la politique à destination des personnes handicapées. L'État, en attribuant aux COTOREP le pouvoir administratif de reconnaître le statut de handicapé, a concédé à ces premières un rôle majeur. Ainsi, toute personne handicapée qui souhaite bénéficier des dispositifs spécifiques, doit le devenir au regard de l'administration. Une fois cette reconnaissance acquise, les décisions prises par la COTOREP s'imposent aux organismes payeurs.

3.3.4 Les aides à l'environnement social

La loi de 1975 dans la logique intégrative qu'elle promeut prévoit un certain nombre de mesures pour favoriser le maintien dans la vie ordinaire des personnes handicapées. Gérées par la COTOREP ces aides sont de nature diverse : carte nationale d'invalidité (qui permet de prouver qu'une personne a un handicap gênant, station debout pénible, canne blanche, etc.) ; la carte de stationnement pour les grands infirmes civils (qui donne une priorité de stationnement et dont la validité est depuis 2000 étendue à l'ensemble de la communauté européenne) ; l'allocation compensatrice pour tierce personne dont l'objectif est de compenser les dépenses supplémentaires liées à l'embauche d'une personne à domicile ou le manque à gagner d'un proche qui se rend disponible pour aider la personne handicapée dans les actes de la vie quotidienne ; le placement en établissements spécialisés qui concerne l'hébergement en établissement médico-social (foyers d'hébergement, maison d'accueil spécialisé, foyer de vie ou occupationnel, foyer à double tarification) qui accueillent la journée ou la nuit des adultes handicapés.

➤ *La mise en place d'un revenu minimum : l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)*

Parmi toutes ces aides, il en est une qui reste la plus représentative de la dimension solidarité de la loi de 1975 : l'Allocation adulte handicapé (AAH). Jusqu'à la loi de 1975, deux principes ont été mis successivement en œuvre pour assurer un minimum de revenu à certaines personnes handicapées : la *responsabilité* (loi sur les accidents du travail de 1898 et loi pour l'attribution des pensions militaires d'invalidité), et *l'assurance* qui est à la base depuis 1930 des pensions d'invalidité des assurés sociaux. Le principe de solidarité qui

⁶⁵ Pour les personnes dont le handicap n'est pas appréciable spontanément, un mode de reconnaissance du handicap est possible à leur demande ce qui leur permet de bénéficier du droit à la discrimination positive, B. Bachelot, « La promotion de l'emploi des personnes handicapées aux États-Unis », in *Réadaptation*, juillet-août 1980, n° 272, p. 10.

fonde la loi du 30 juin 1975 permet à toutes les autres personnes handicapées de prétendre à un revenu minimum garanti. Il s'agit de Allocation d'éducation spéciale pour les familles d'enfants handicapés, et pour les adultes, de l'Allocation adulte handicapé (AAH), de l'allocation compensatrice (principale composante de l'Aide sociale) et de la garantie de ressources.

Traduction de l'effort de simplification des dispositifs, l'AAH⁶⁶ remplace trois allocations : l'allocation aux handicapés adultes de la loi du 13 juillet 1971, l'allocation supplémentaire du Fonds National de Solidarité et l'allocation mensuelle d'aide sociale aux aveugles et grands infirmes. Elle est attribuée (comme une prestation familiale⁶⁷) aux adultes handicapés⁶⁸ qui ne peuvent prétendre à une pension d'invalidé ou une rente d'accident du travail et n'ayant jamais été assurés sociaux (ce qui se produit pour des infirmités graves ou contractées dans l'enfance)⁶⁹. Par ailleurs elle est attribuée à toute personne atteinte d'une incapacité permanente d'au moins 80 %⁷⁰, ou qui – compte tenu de son handicap – est reconnu par la COTOREP comme incapable de se procurer un travail. Cette prestation est soumise à conditions de ressources⁷¹.

3.4 L'EMPLOI : UN ACCES SOUMIS A CONDITIONS

Le retour à l'emploi des personnes handicapées relève, dans un premier temps, de la compétence de la COTOREP. C'est au sein de cette commission que le nouvel avenir professionnel du travailleur handicapé va être décidé. Si la loi du 30 juin 1975 pose l'intégration en milieu ordinaire comme premier objectif, force est de constater qu'en maintenant la gestion de la reconversion professionnelle des personnes handicapées par des d'organismes spécialisés dans le traitement de ce public, elle va favoriser leur maintien hors des organismes de droit commun (comme l'ANPE ou bien encore l'AFPA).

⁶⁶ Le montant de l'AAH est fixé au 1/12^{ème} du montant annuel du minimum vieillesse.

⁶⁷ Depuis 1983, l'AAH est remboursée par l'État aux organismes débiteurs de prestations familiales « car il n'apparaissait pas logique que la prise en charge d'adultes handicapés revienne aux Caisses d'Allocation Familiales », in A. Triomphe, *Les personnes handicapées en France*, Paris, INSERM-CTNERHI, données sociales, 1995, p. 272.

⁶⁸ Il faut avoir au moins 20 ans (âge auquel la personne handicapée ne peut plus percevoir l'allocation d'éducation spéciale) ou 16 ans si l'adolescent n'est plus à la charge de ses parents.

⁶⁹ A. Triomphe, 1995, *op. cit.*, p. 272.

⁷⁰ Le taux d'incapacité est apprécié selon le « guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées », qui remplace depuis le 1^{er} décembre 1993 (Circulaire n° 93-36 B du 23 novembre 1993), le barème du Code des pensions militaires et des victimes de Guerre, *Ibid.*, A. Triomphe, 1995, p. 272.

⁷¹ L'examen de ces conditions ne relève pas de la COTOREP mais de la Caisse d'allocations familiales ou de la Mutualité sociale agricole qui versent l'AAH.

3.4.1 La reconnaissance travailleur handicapé (RQTH)

Le premier travail de la COTOREP est d'identifier si la personne qui en fait la demande peut être reconnue handicapée. Ensuite, elle doit effectuer le « tri » entre celles pour lesquelles on peut envisager une réinsertion professionnelle et celles pour qui une réinsertion n'est pas envisageable. Les dossiers sont hiérarchisés en fonction de la possibilité plus ou moins grande d'accéder à une égalité des chances sur le marché du travail, et répartis dans différentes catégories qui traduisent l'écart à la norme productive. La mesure de cet écart à la norme est confiée à un groupe d'experts – constitué des représentants des ministères de la Santé, du Travail, des Anciens combattants, des organismes de santé, des gestionnaires des centres de rééducation professionnelle, ateliers protégés et CAT, ainsi que des associations de travailleurs handicapés – qui est chargé de statuer sur les différentes demandes. Cette expertise multiple fait que toute l'inadaptation est étiquetée comme relevant du handicap. Une catégorie professionnelle accompagne toujours ce processus : les médecins. Ils interviennent à tous les stades du processus de reconnaissance du handicap : au moment de l'identification d'un problème de santé, de la rééducation fonctionnelle, pour la reconnaissance ou non d'une possible insertion professionnelle, ainsi que dans le choix du secteur professionnel et celui du poste de travail (médecin traitant, médecin de COTOREP, médecin conseil de la Sécurité sociale, médecin du travail).

L'évaluation qui est faite par la COTOREP pour hiérarchiser les différents dossiers qui lui sont soumis est donc complexe, elle fait appel à des critères médico-sociaux, et doit permettre une appréciation la plus correcte qu'il soit des possibilités d'insertion professionnelle de chaque candidat. L'enjeu de cette appréciation est d'autant plus fort qu'en dépendent non seulement l'accès au dispositif d'insertion professionnelle mais aussi l'attribution de certaines allocations⁷². Cette appréciation est traduite en pourcentage qui se calcule en référence à la capacité normale d'intégration d'une personne dans les différents segments de la société.

3.4.2 L'orientation professionnelle

L'accès à l'emploi de ce public nécessite une formation professionnelle adaptée aux aptitudes de chaque personne handicapée. Non seulement la COTOREP évalue la gravité du handicap mais aussi les aptitudes à l'acquisition d'un nouveau métier afin de répondre à ses besoins en formation professionnelle : « toute personne reconnue travailleur handicapé par la COTOREP peut bénéficier d'une réadaptation, d'une rééducation ou d'une forma-

⁷² Il s'agit l'allocation adulte handicapé et de l'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général des personnes assumant la charge d'un handicapé, ainsi que pour l'attribution de la carte d'invalidité.

tion professionnelle dans un centre public ou privé, institué ou agréé conformément à la législation dont relève le travailleur handicapé » (art. 15 du Code du travail).

La loi du 30 juin 1975 réaffirme le rôle fondamental de la formation pour favoriser l'égalité des chances des travailleurs handicapés sur le marché de l'emploi. Outre la création des COTOREP qui interviennent en amont de l'insertion professionnelle, la création de centres de préorientation⁷³ et d'Équipes de préparation et de suite du reclassement (EPSR) est préconisée par la loi. Ces dispositions – qui visent à améliorer l'orientation, la formation et l'insertion des personnes handicapées – renforcent cependant un dispositif à la marge du droit commun : la création des centres de préorientation se réalise dans les centres de rééducation professionnelle (CRP) uniquement dédiés à la formation des personnes handicapées ; les EPSR (notamment de droit public) sont créées dans les Directions départementales du travail et de l'emploi. Afin de garantir le lien avec les dispositifs de droit commun, la loi mentionne que les centres de préorientation et les équipes de préparation et de suite au reclassement doivent « fonctionner en liaison avec les commissions techniques d'orientation et de reclassement et avec l'Agence nationale pour l'emploi. »⁷⁴ Les personnes handicapées ont accès à l'ensemble des actions de formation destinées aux salariés et aux demandeurs d'emploi. Les centres de formation de droit commun concernent les centres AFPA (Association nationale pour la formation professionnelle des adultes), les GRETA (Groupement d'établissements publics locaux d'enseignement), les ateliers pédagogiques personnalisés ou tout autre organisme accueillant un public non handicapé. Pour les jeunes, la loi étend l'âge maximum d'admission à l'apprentissage à la durée et aux modalités de la formation.

3.4.3 Une offre de formation spécialisée

Cependant, du fait du rôle central de la COTOREP dans l'orientation professionnelle des personnes handicapées, de la résistance des centres de formation de droit commun à l'accueil de stagiaires handicapés et de l'existence de centres de formation spécialisés, l'essentiel des orientations en formation professionnelle des personnes handicapées relève des centres privés de réadaptation et de rééducation professionnelle (CRP) agréés par l'État et subventionnés par lui.

⁷³ Lorsque l'équipe technique de la COTOREP ne parvient pas à statuer sur une orientation professionnelle de la personne handicapée, elle peut notifier un stage de préorientation dont la durée varie entre 8 et 12 semaines. En théorie, à l'issue de ce stage, la personne handicapée a élaboré un projet professionnel compatible avec ses aptitudes (tant physiques qu'intellectuelles).

⁷⁴ Art. 14 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975.

Il en découle que l'une des caractéristiques principales de la formation des personnes handicapées tient à l'offre de formation qui leur est proposée (cf. infra partie 2, chap. 4.2). Cette dernière relève essentiellement de centres de formation spécialisés⁷⁵, signes de l'héritage historique des différentes initiatives privées. Ils sont au nombre de 170 et répartis sur le territoire national. Les CRP constituent une offre de formation nationale ce qui implique qu'en fonction de la formation choisie par la COTOREP, le travailleur handicapé peut être amené à se former loin de son lieu d'habitation. Leur accès est exclusivement réservé aux personnes handicapées, il n'est possible que sur décision d'orientation des COTOREP. Ces centres peuvent être créés par l'État, une collectivité publique ou par un établissement public. C'est l'AFPA qui en assure la supervision technique et pédagogique. Depuis 1996, et afin d'alléger les démarches permettant la décision d'agrément des centres de préorientation et des CRP, cette décision appartient au Préfet de région⁷⁶. L'orientation des travailleurs handicapés en CRP est la formule est la plus utilisée pour la formation des travailleurs handicapés, elle représente une capacité d'accueil de 9 500 places. L'essentiel de ces établissements est regroupé au sein de la FAGERH et 10 d'entre eux sont agréés par l'Office national des anciens combattants.

Les CRP sont habilités à dispenser une éducation ou une rééducation professionnelle aux travailleurs handicapés. Ce sont des instituts médico-sociaux de formation professionnelle dont le financement est similaire à celui des hôpitaux et autres centres de soin : le prix de journée⁷⁷. Leur coût est de l'ordre de 152 449 017,24 euros (un milliard de francs) pour l'assurance maladie. Certains de ces centres accueillent des travailleurs handicapés dont la définition d'un projet professionnel nécessite un travail approfondi dans des sections d'orientation/observation. Généralement, les stagiaires bénéficient d'une remise à niveau (de 3 à 6 mois selon les cas) visant à pallier l'érosion de leurs acquis scolaires avant de suivre la formation professionnelle vers laquelle ils ont été orientés. Ces établissements de rééducation publique ont été ouverts dès 1918 pour les invalides de guerre qui, du fait de leur handicap, ne pouvaient plus exercer leur métier habituel. À partir de 1924, ces centres ont pu accueillir les mutilés du travail, ils reçoivent aujourd'hui des travailleurs handi-

⁷⁵ Certains d'entre eux ne s'adressent qu'à des formes de handicaps précis pour lesquels ils ont développé une pédagogie particulière et dont le savoir-faire est reconnu par la COTOREP.

⁷⁶ « La déconcentration de l'agrément des autorités ministérielles vers les autorités préfectorales doit être regardée tout d'abord comme une simplification administrative. De plus, elle contribue au renforcement des responsabilités assumées par les préfets de région dans ce domaine, puisqu'ils sont par ailleurs déjà investis de la conduite de la procédure d'instruction et de consultation des dossiers de C.R.P. et de l'autorisation de modification des programmes de formation de ces centres. La déconcentration de la procédure d'agrément a pour but de coordonner davantage le développement de ces structures avec l'évolution des besoins régionaux en formation professionnelle pour travailleurs handicapés ». Circulaire DSS/DAS/DE/DFP n° 96-53 du 30 janvier 1996, Bulletin officiel du Ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, n° 6 du 5 avril 1996.

⁷⁷ Coût d'une journée dans un établissement de soins ou de repos. Ces prix font l'objet d'une convention avec les organismes sociaux et sont la base de remboursement pour les régimes obligatoires et complémentaires.

capés de toute catégorie : accidentés du travail, assurés sociaux, handicapés relevant de l'aide sociale. Trois conditions sont requises pour bénéficier d'une formation en CRP : être reconnu travailleur handicapé par la COTOREP, être orienté sur décision COTOREP vers un stage de formation (compte tenu des aptitudes et de la qualification précédente), et être affilié à un organisme de prise en charge (Mutualité sociale agricole ou Sécurité sociale). Les formations proposées préparent aux métiers des secteurs agricoles, industriels, tertiaires ou commerciaux ; leur durée est de 10 à 30 mois. Les travailleurs handicapés peuvent bénéficier d'une prise en charge de la caisse primaire d'assurance maladie, si le stage est suivi à la suite d'une maladie, d'une invalidité ou d'un accident du travail. Dans certaines limites, la rémunération peut être cumulée avec : l'allocation aux adultes handicapés, l'allocation compensatrice, les pensions et rentes versées par la Sécurité sociale. De façon générale, les travailleurs handicapés bénéficient des aides financières accordées aux stagiaires de la formation professionnelle⁷⁸.

Cependant bien que moins mise en œuvre, une autre alternative existe : le contrat de rééducation professionnelle en entreprise. Directement géré par les CPAM, son objectif est de permettre la remise au travail des personnes qui, du fait d'un handicap, ont perdu la possibilité d'exercer leur profession. Il doit, dans la mesure du possible, viser à donner une véritable formation professionnelle (enseignement d'un métier) ou bien encore le réentraînement à l'exercice de l'ancienne profession. Son intérêt réside dans une offre de formation plus large que celle proposée dans les CRP. Véritable contrat de travail à durée déterminée, il est signé entre l'organisme de prise en charge (la Mutualité sociale agricole ou la Sécurité sociale), l'employeur et le salarié. Il est soumis, pour accord et visa, au directeur départemental du travail. Cette formule est aujourd'hui tombée en désuétude du fait d'une part de l'accès prioritaire des travailleurs handicapés aux différentes mesures pour l'emploi et, d'autre part du fait d'un mode de cofinancement du salaire de l'assuré social entre l'entreprise et l'organisme de prise en charge⁷⁹. L'usage de ce type de contrat est quasiment abandonné depuis la mise en place de contrats aidés pour les demandeurs d'emploi de plus d'un an et des problèmes de réglementation de droit du travail⁸⁰.

⁷⁸ Titre VI du Livre IX du code de la formation professionnelle.

⁷⁹ La participation de l'organisme de prise en charge à la rémunération du salarié handicapé intervient par le versement des prestations légales (indemnités journalières pour les personnes handicapées dont l'état n'est pas consolidé ; pension ou rente pour ceux dont l'état est consolidé et dans le cas des accidentés du travail le versement d'un complément de salaire) impliquait des limitations à ce contrat en particulier au regard de prestations de chômage en cas de licenciement.

⁸⁰ Les litiges ont porté sur les principes de la rémunération financée par l'employeur et par l'organisme d'assurance sociale (sécurité sociale ou mutualité sociale agricole) dont dépend la personne handicapée. Dans certaines CPAM la partie salaire était versée sous forme d'indemnités journalières. D'autres litiges ont porté sur la nature du contrat qui prévoit une contrepartie sous forme d'une formation acquise en entreprise.

3.4.4 La confirmation du modèle théorique de la transition professionnelle

Avec cette loi, l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés est intégrée dans la politique de l'emploi : « l'emploi et le reclassement des personnes handicapées constituent un élément de la politique de l'emploi et sont l'objet de concertation notamment avec les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs, les organismes ou associations de handicapés et les organismes ou associations spécialisées. »⁸¹ La hiérarchisation des modes d'insertion est maintenue selon trois niveaux de rentabilité : l'emploi en milieu ordinaire de production, en atelier protégé ou en centre d'aide par le travail.

Comme on l'a vu précédemment (loi du 23 novembre 1957), l'originalité du dispositif d'insertion professionnelle est la distinction entre milieu ordinaire de travail et milieu protégé. L'intégration professionnelle des personnes handicapées se distribue selon un axe gradué en fonction d'un pourcentage d'aptitude au travail référée à une capacité normale. On peut représenter schématiquement le champ de l'insertion professionnelle des personnes handicapées de la façon suivante :

Milieu protégé	Milieu ordinaire de production		
Capacité de travail $\leq 1/3$	Capacité de travail $\geq 1/3$		
- Centre d'aide par le travail (si nécessité d'un soutien socio-éducatif, psychologique ou médical) - Atelier protégé ou Centre de distribution de travail à domicile	Insertion des personnes handicapées reconnues A, B, C et C+		
	Distribution des travailleurs handicapés selon l'évaluation de leur capacité de travail		
	$\geq 1/3$ ----- ≈ 1		
	C* et C Handicap lourd * travail protégé en milieu ordinaire	B Handicap modéré	A Handicap léger

Tout le travail de l'équipe technique de la COTOREP est d'évaluer d'une part vers quel dispositif orienter la personne. Elle doit définir le type d'établissement pour le milieu protégé et donner une évaluation de la gravité du handicap pour ceux qui sont orientés vers le milieu ordinaire ainsi que l'accord ou non pour suivre une formation professionnelle. Ainsi, les personnes handicapées pouvant s'insérer professionnellement sont doublement

⁸¹ Art. 12 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975.

stigmatisées : reconnues travailleurs handicapés, la gravité de leur handicap apparaît aussi comme un indicateur de leur performance au regard d'une activité professionnelle. Par ailleurs, si la loi de 1975 a conservé l'obligation d'emploi par les entreprises, elle a posé le principe d'une interpénétration entre le secteur protégé et le milieu ordinaire en ouvrant la possibilité aux entreprises de créer des ateliers protégés en leur sein et en posant le principe d'abattement de salaire pouvant aller jusqu'à 50 % pour des salariés lourdement handicapés. Cette dernière éventualité correspond à une forme d'externalisation d'emploi protégé en milieu ordinaire de production.

➤ *Le renforcement d'un secteur protégé*

Le principe du travail protégé pour les personnes handicapées est commun à de nombreux pays européens⁸². En France (comme en Allemagne ou en Espagne, Italie, Luxembourg), ce sont les handicapés mentaux qui constituent la majorité des personnes accueillies en milieu protégé et plus particulièrement en CAT. La loi de 1975 étend l'accès au secteur protégé aux bénéficiaires qui en étaient exclus dans la loi de 1957 : « les personnes handicapées pour lesquelles le placement en milieu normal de travail s'avère impossible peuvent être admises soit dans un atelier protégé si leur capacité de travail est au moins égale à un pourcentage de la capacité normale fixée par décret, soit dans un centre d'aide par le travail prévu à l'article 167 du code de la famille et de l'aide sociale. »⁸³ Cette loi reprend les trois types d'établissements de travail protégé prévus lors de la loi du 23 novembre 1957 (ateliers protégés, CAT, centres de distribution de travail à domicile). Embauché en atelier protégé, le travailleur handicapé (dont la capacité de travail est évaluée au moins égale à un tiers de celle d'un travailleur ordinaire) est salarié de l'organisme gestionnaire de l'atelier protégé. Comme dans une entreprise, l'atelier protégé doit dégager l'ensemble des salaires du personnel sur son activité productive. Toutefois, « afin de replacer les ateliers protégés dans les conditions de la concurrence économique, les surcoûts de fonctionnement engendrés par les handicaps des travailleurs, peuvent faire l'objet d'une subvention d'équilibre après agrément, de la part des collectivités locales, des organismes de Sécurité sociale et du préfet de région (pour les établissements de plus de 20 salariés). »⁸⁴ Peu nombreux, les centres de distribution de travail à domicile sont régis par la même réglementation que les ateliers protégés. Quant aux CAT, ce sont des établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes handicapées⁸⁵ dont la capacité de production est infé-

⁸² On trouve sous diverses appellations un secteur de travail protégé en Irlande, Belgique, Danemark, France, Italie, Luxembourg, Portugal, Suède, Finlande, Grèce, Espagne, Pays Bas.

⁸³ Art. 19 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975.

⁸⁴ T. Poupon, 1992, *op. cit.*, p. 98.

⁸⁵ L'avis d'orientation est pris par la COTOREP sur examen du dossier (composé des formulaires Cerfa n°612344, n°61-2280 et n°61-2146). Pour les moins de 20 ans, la COTOREP ne peut se prononcer qu'après avoir consulté la CDES. La COTOREP n'oriente pas vers un établissement précis mais remet une liste d'établissements.

rieure au tiers de la capacité d'un travailleur valide, et/ou qui ont besoin d'un soutien socio-éducatif, psychologique ou médical. Les CAT relèvent de l'ensemble des dispositions de la loi relative aux institutions sociales et médico-sociales⁸⁶. C'est la raison pour laquelle les employés des CAT n'ont pas le statut de travailleur soumis au code du travail⁸⁷, ni de contrat de travail et qu'ils ne peuvent pas être licenciés.

Le développement du travail protégé va se développer rapidement en lien avec l'arrivée sur ce type de marché du travail de jeunes adultes handicapés bénéficiant d'une meilleure espérance de vie que leurs prédécesseurs, et la quasi-absence de mobilité de main-d'œuvre entre le secteur protégé et le secteur ordinaire de production. Lors de l'élaboration du VI^e plan, l'intergroupe handicapés – s'appuyant sur les conclusions du rapport Bloch-Lainé – évaluait à 17 000 le nombre de postes de travail à créer en ateliers protégés et à 3 000 le nombre de places à ouvrir en CAT⁸⁸. Mais les CAT ont connu un développement nettement plus important que les ateliers protégés et les prévisions vont s'inverser (*cf.* partie 2, chap. 2.2).

➤ *La création d'un dispositif spécifique pour l'insertion en milieu ordinaire*

Concernant l'insertion professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire de production, la loi de 1975 n'apporte que peu de modifications vis-à-vis des législations précédentes (l'obligation d'emploi telle que définie dans la loi de 1957 est maintenue). Toutefois, il faut noter que quarante-sept ans après le discours de Suzanne Fouché, à la première conférence internationale du service social à Paris, soulignant la nécessité de disposer d'organismes spécialisés pour assister les personnes handicapées dans leurs démarches d'insertion professionnelle, la création d'équipes et de préparation et de suivi au reclassement (EPSR) constitue une innovation. Chargées d'assurer l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés en milieu ordinaire en les assistant tout au long du processus d'insertion, le développement des EPSR⁸⁹ se fait de façon progressive à compter de 1975. Les EPSR peuvent être publiques (créées à l'initiative des directions départemental du travail), ou privées, c'est-à-dire créées à l'initiative d'un organisme privé ou public après qu'une convention ait été passée avec le préfet. Leur mise en place en 1977 va s'accompagner d'un développement inégal et la question de l'absence d'une couverture nationale complète des EPSR sera évoquée dès l'élaboration de la loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'insertion des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail (*cf.* partie 2, chap. 4).

⁸⁶ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975.

⁸⁷ Seules quelques dispositions du code du travail leur sont applicables : celles concernant l'hygiène et la sécurité et la médecine du travail (aux termes de l'article R. 341-50 du code du travail, les travailleurs handicapés figurent dans la catégorie des salariés soumis à surveillance particulière au même titre que les femmes enceintes.

⁸⁸ M.-T. Poupon, 1992, *op. cit.*, p. 99.

⁸⁹ Une approche détaillée des EPSR est présentée dans la seconde partie.

3.4.5 Une loi qui introduit un changement de référentiel global ?

Sans que cela apparaisse explicitement dans la loi du 30 juin 1975 en faveur des handicapés, celle-ci repose sur la reconnaissance, par la société française, d'un « risque » jugé jusque là individuel : celui en lien avec la reproduction de l'espèce et les accidents de la vie. La reconnaissance de ce risque marque le changement officiel du regard porté par la société sur certaines personnes handicapées, c'est le moyen de mettre fin à un discours normatif sur le handicap de naissance que la médecine hygiéniste a largement contribué à renforcer. L'État peut alors assumer, au nom de la solidarité nationale, la prise en charge d'un revenu minimum pour ces personnes⁹⁰.

➤ *Peut-on parler de changement de référentiel global ?*

Si l'objet des politiques publiques n'est plus seulement de « résoudre des problèmes » mais de construire des cadres d'interprétation du monde, on peut considérer que la loi du 30 juin 1975 introduit un changement de référentiel car elle donne une interprétation du handicap de naissance qui s'enracine dans une nouvelle conception. Ce changement de référentiel est rendu possible par la congruence d'un certain nombre de facteurs : des représentants politiques parents d'enfant handicapé, les progrès et reconnaissance des limites de la médecine néonatale ainsi qu'à un climat économique permettant la prise en charge par la nation du coût de cette reconnaissance. Entre la loi Cordonnier de 1949 et celle du 30 juin 1975, on assiste au « passage d'une démarche politique visant la lutte contre l'indigence, la mendicité, à celle considérant, dans l'exposé de ses motifs, les droits des handicapés et plus particulièrement le droit à l'intégration, l'égalité des droits. »⁹¹ On est passé ainsi d'une conception fondée sur la lutte contre l'indigence à une conception fondée sur l'intégration des populations les plus en difficulté. L'égalité des droits est possible à partir du moment où l'idée de la compensation du handicap est admise. C'est ce que H.-J. Stiker traduit par le « grand effacement », qui se produit quand la lecture du handicap s'effectue d'un point de vue social. Ainsi, même si les grandes distinctions entre handicapés sensoriels, mentaux, moteurs et sociaux demeurent, ils sont confondus du point de vue sémantique dans un seul terme, sont traités par les mêmes organismes, et soumis aux mêmes règles.

Si le handicap est reconnu comme un risque pouvant intervenir à tous les âges de la vie, y compris lors du développement intra-utérin, les écarts de traitement constatés entre valides et handicapés doivent alors être réduits. Comme on l'a vu, cette loi ouvre aux personnes handicapées l'accès à l'éducation et à la formation au titre du bien commun. Avec cette loi, il est dorénavant admis que l'ensemble des personnes handicapées doit être inté-

⁹⁰ Le vote de la loi du 11 février 2005 engage davantage la solidarité nationale en impliquant directement le rôle de la société dans son ensemble dans le processus handicapant.

⁹¹ S. Ebersold, 1992, *op. cit.*, p. 39.

gré dans la vie sociale et/ou professionnelle. On observe le changement des normes d'actions de l'État à travers la recherche d'une approche globale devant favoriser une intégration des personnes handicapées dans la vie sociale. On peut observer une modification du rôle de l'État quant à la prise en charge du handicap qui se traduit par une « redéfinition des rapports entre les œuvres privées et les services publics. »⁹² L'État cherche à coordonner les dispositifs existants à travers la mise en œuvre d'une approche globale du handicap⁹³ qui tend à dépasser ainsi les actions spécifiques du secteur privé en visant une prise en charge la plus complète possible des besoins de ce public. À compter de cette loi, la gestion du handicap s'organise autour de trois pôles : l'État, le secteur privé et les professionnels. Dans ce triptyque l'État apparaît comme le garant du bien public sans en avoir le monopole. Cependant, si la loi d'orientation de 1975 s'inscrit dans une nouvelle approche du handicap, elle confirme la place particulière du système spécifique d'insertion de cette population dont la particularité est d'être en marge du dispositif de formation de droit commun. Le principe consistant à laisser se développer l'initiative privée, s'est traduit (et encore aujourd'hui) par un dispositif de formation hétérogène⁹⁴ dont l'accès est possible sous réserve de l'avis favorable de la commission technique de la COTOREP.

Le champ du handicap est, à compter de cette date, délimité d'un point de vue des politiques publiques : « l'ensemble des besoins » des personnes handicapées peut théoriquement trouver une solution. Loin d'être réglée, la question du handicap va immédiatement être l'objet de nouveaux débats. Si l'idée d'une prise en charge globale du handicap est reconnue, c'est la définition même de ce terme et les implications sociales qu'elle sous-tend qui vont susciter une inversion des représentations acquises en 1975.

3.5 UNE LOI GLOBALE QUI MAINTIENT LES INEGALITES DE TRAITEMENT ENTRE PERSONNES HANDICAPEES

Avec la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, le législateur s'est donné comme objectif la définition d'une politique globale du handicap, tout en laissant subsister les régimes existants (accidents du travail et maladies professionnelles, législation des victimes de guerre, invalidité des salariés du régime général et droit commun pour la responsabilité civile) qui sont en lien étroit avec l'*origine* du handicap c'est à dire le statut de la personne au moment où elle devient handicapée. Ainsi si les origines du handicap sont diverses, on peut devenir handicapé suite à :

⁹² *Ibid.*, S. Ebersold, 1992, p. 77.

⁹³ *Ibid.*, S. Ebersold, 1992, p.74-81.

⁹⁴ Voir annexe 10 sur le fonctionnement des COTOREP.

Une maladie génétique : la catégorie des maladies génétiques est appelée à s'étendre considérablement, au fur et à mesure que les connaissances médicales progressent et permettent le repérage des causes ou prédispositions génétiques à l'œuvre dans un grand nombre de pathologies⁹⁵. Rares lorsqu'elles sont prises isolément, l'ensemble de ces maladies d'origine génétique constitue cependant une des causes importantes de handicap.

Une maladie générant des séquelles : de nombreuses maladies peuvent conduire à une invalidité importante par détérioration d'une fonction et à cause des soins importants ou des aides techniques qui sont nécessaires à la survie. A titre d'exemple, chez l'adulte, la polyarthrite rhumatoïde⁹⁶ est l'une des principales causes de handicap moteur.

Suite à un accident : les accidents qui surviennent autour de la naissance provoquent un nombre important de handicaps moteurs et intellectuels par lésions cérébrales précoces⁹⁷. Plus tard, par des blessures dues à des accidents de la route, du sport ou du travail⁹⁸.

Remarque : les types de déficiences ne sont pas directement liés à l'origine du handicap. Une malformation, une maladie génétique, un accident ou une maladie acquise au cours de la vie peuvent provoquer des incapacités semblables. La notion d'origine, qu'elle permette ou non une action thérapeutique, est essentielle pour les personnes concernées par le handicap dans la mesure où elle conditionne le mode de réparation.

Tout le dispositif de réparation du handicap repose sur la qualification juridique que l'on veut ou que l'on peut donner à un fait dommageable, les dommages étant quant à eux identiques. Trois principes ont été successivement mis en place pour assurer un revenu de remplacement aux personnes handicapées : la responsabilité (civile : 1804, de l'employeur : 1898, de la Nation : 1919) ; l'assurance depuis 1930 et la solidarité nationale depuis 1975.

⁹⁵ On recense actuellement entre 6 000 et 7 000 maladies rares, parmi lesquelles plus de 80 % sont d'origine génétique. Il s'agit de pathologies souvent graves et invalidantes, voire mortelles qui atteignent moins d'une personne sur 2 000 dans la population générale.

⁹⁶ Elle touche 1 % de la population en France. Trois fois plus de femmes que d'hommes sont touchées, le plus souvent après 45 ans, mais il existe des formes juvéniles. La sclérose en plaques est une maladie du système nerveux central dont la cause n'est pas encore précisément déterminée. Elle apparaît en moyenne vers 29 ans, avec une prépondérance de deux tiers de femmes et touche environ 50 000 personnes en France. Il existe des formes bénignes, mais un tiers environ des personnes atteintes évoluent progressivement vers un handicap lourd. Les insuffisances respiratoires chroniques graves concernent environ 50 000 personnes en France. L'asthme ou la bronchite chronique peuvent, dans les cas graves, conduire à une invalidité totale et nécessitent une assistance respiratoire permanente.

⁹⁷ L'Infirmité motrice cérébrale (IMC avec préservation des facultés intellectuelles) et l'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC, polyhandicapé) touchent plus de 2 nouveaux-nés sur 1 000.

⁹⁸ Ces accidents provoquent des handicaps importants, notamment par lésion de la moelle épinière et par traumatisme crânien. Les lésions de la moelle épinière provoquent la paralysie des membres inférieurs (paraplégie) ou des quatre membres (tétraplégie) selon la localisation de l'atteinte. Elles surviennent essentiellement chez l'enfant et l'adulte jeune et touchent environ 30 000 personnes en France. Plus de 100 000 personnes présentent des séquelles graves de traumatisme crânien.

RESPONSABILITE		ASSURANCE		SOLIDARITÉ
Invalide civil*	Invalides de Guerre Mutilés	Accidents du travail Maladies profes- sionnelles	Invalides de la Sé- curité Sociale	Invalides non as- surés sociaux
Responsabilité civile	Responsabilité de la Nation	Logique de l'Assurance (Res- ponsabilité de l'employeur)	Logique de l'Assurance	Logique de l'Assistance
<i>Capital</i> dit domma- ges-intérêts ou Rente (temporaire ou via- gère) * Pour les assurés sociaux, c'est la sécurité sociale qui verse la rente ou le capital après s'être retournée vers l'assurance	<i>Pension</i> (à titre viager)	<i>Rente</i> (à titre viager)	<i>Pension d'Invalidité du régime général</i> (soumise à des con- ditions de ressources et de durée de coti- sation)	<i>AAH</i> (soumise à des con- ditions de ressour- ces, de nationalité, versée par la CAF)

La coexistence de ces différents modes de compensation financière du handicap gé-
nère, à handicap égal au plan médical, des inégalités de traitement entre personnes handi-
capées.

3.5.1 L'assurance accident du travail et maladie professionnelle⁹⁹

Depuis sa conception le 9 avril 1898, la législation sur les accidents du travail a
connu des évolutions allant vers une plus grande prise en compte de son objet. À l'origine,
la législation sur les accidents du travail a été axée sur une simple indemnisation des victi-
mes ou de leurs familles. Par la suite, à l'idée d'indemnisation s'est substitué un objectif
plus large de réparation incluant des efforts de réadaptation fonctionnelle et de rééducation
professionnelle, ainsi que des mesures destinées à la réintégration de la victime dans son
entreprise (1981) ; la prévention des accidents du travail est l'un des derniers volets pris en
compte.

⁹⁹ J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 618-685.

➤ *Un modèle de réparation ‘grignoté’...qui génère des inégalités de traitement*

Dans sa conception, le modèle de réparation des risques professionnels¹⁰⁰ est forfaitaire : « la rente versée en cas d’incapacité permanente de travail ou de décès de la victime s’établissant en référence au salaire antérieur auquel sont en outre appliqués divers mécanismes de plafonnement, et non en référence au préjudice subi. »¹⁰¹ Le mode de réparation répond ainsi à la logique du modèle assurantiel¹⁰² qui vise à maintenir le revenu du travailleur. Toutefois ce principe est, du fait d’une jurisprudence récente, battu en brèche : en effet, des textes spéciaux font accéder nombre de victimes de risques professionnels à une indemnisation intégrale de leur préjudice¹⁰³. Par ailleurs, le principe d’immunité – « exclut, dès lors que l’on se situe sur le terrain de la réparation des risques professionnels, toute action en réparation de la victime ou de ses ayants droit contre les membres de la même entreprise, employeur et co-préposés ; autrement dit, le droit de la Sécurité sociale se substitue intégralement au droit de responsabilité civile et en écarte l’application (v. art ; L. 451-1) »¹⁰⁴ – ne s’applique pas aux personnes subissant un préjudice matériel ou moral du fait de l’accident (épouse d’un accidenté désormais handicapé, collatéraux, concubin, etc.) et ne joue pas en cas d’accident de trajet. Ces personnes conservent leurs droits sur le terrain de la responsabilité civile, ce qui ouvre la possibilité d’une réparation intégrale du préjudice subi.

Ainsi, le compromis réalisé en 1898 au fur et à mesure que la place faite à des garanties diverses¹⁰⁵ s’est élargie, génère actuellement des différences de traitement au sein même des victimes accidents du travail : certaines sont, soit du fait des circonstances ayant causé l’accident, soit du fait des différences entre accident de trajet et accident du travail, mieux traitées que d’autres¹⁰⁶. Enfin, d’autres difficultés émergent du fait de l’évolution de la notion de travail : « la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles a pour objet traditionnel la réparation des préjudices liés à l’exercice d’une activité professionnelle salariée. Mais à partir du moment où les formes d’emploi évoluent et di-

¹⁰⁰ Sont regroupés sous cette expression les accidents du travail, les maladies professionnelles et les accidents de trajet.

¹⁰¹ J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 622.

¹⁰² Ce modèle dit *conservateur-corporatiste* est un type idéal de protection sociale qui repose sur des « institutions fortement arrimées à la sphère de marché et aux entreprises, notamment au marché du travail (...) Il n’est pas conçu dans un but initial de cohésion de l’ensemble de la société et, pour cela, de lutte contre les inégalités, mais il se propose d’assurer aux travailleurs et à leur famille une sécurité économique grâce à la garantie de leur revenu dans les hypothèses où des aléas divers ou des charges viennent l’amputer ou l’annihiler », *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 207-208.

¹⁰³ On peut citer ici l’exemple de l’indemnisation des salariés victimes de l’amiante pour lesquels l’art. 53 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2001 a institué un fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante en posant une règle de répartition intégrale ; L. n° 2000-1257 du 23 décembre 2000, *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 622.

¹⁰⁴ *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 624.

¹⁰⁵ *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 623-626.

¹⁰⁶ *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 625.

luent davantage le lien entre le travailleur et l'entreprise, on est confronté à des difficultés pour définir les spécificités du travail comme source du dommage et par là les spécificités de l'accident comme source de la réparation. »¹⁰⁷

➤ *Gestion des prestations*

C'est en raison de la subordination du salarié à son employeur (risque de l'autorité¹⁰⁸) que celui-ci s'est vu imposer l'obligation de l'indemniser en cas de préjudice. Depuis le 30 octobre 1946, le service des prestations associé à la gestion de ce risque relève des organismes du régime général. La référence au risque de l'autorité a survécu, notamment à travers le mode de calcul des cotisations accidents du travail qui les apparentent techniquement à des cotisations d'assurance¹⁰⁹. Le préjudice est qualifié de *maladie* lorsqu'il est « le résultat d'une série d'événements à évolution lente », si le préjudice survient soudainement et si cette survenance peut se voir prêter une date certaine, c'est un *accident du travail*.

Evolution du nombre d'accidents du travail (salariés hors secteurs public et agricole)								
<i>Nombre</i>	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
d'accidents	750 058	675 932	667 933	672 234	658 083	658 551	679 162	701 175
d'accidents graves	61 998	53 77	55 306	60 250	60 250	45 579	46 701	45 254
de décès	1 024	855	806	712	773	690	683	717

Source : Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, 2001

Bien qu'en baisse régulière sur le long terme, le nombre total d'accidents du travail se situe depuis une dizaine d'années dans une fourchette de 1,2 à 1,5 millions. Ce qui représente un pourcentage de victimes par rapport au nombre total de salariés qui se situe chaque année autour de 5 %¹¹⁰

Evolution du nombre de maladies professionnelles réglées (salariés hors secteurs public et agricole)
--

¹⁰⁷ *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 626.

¹⁰⁸ Le fondement de la responsabilité en cas d'accident du travail a donné lieu à deux analyses sur le fondement de la responsabilité patronale. La qualification du risque pouvait être un *risque de l'autorité* ou *risque de profit*. Dans le cas du *risque de l'autorité* : est accident du travail l'accident survenu au salarié alors qu'il se trouve sous l'autorité de son employeur et exécute ses ordres ou directives ; dans celui du *risque de profit* : il y aurait accident du travail dès lors que l'accident a un lien avec une activité profitable à l'entreprise. C'est la première analyse qui a été retenue, celle défendant le risque de l'autorité.

¹⁰⁹ J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 633.

¹¹⁰ *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 620.

<i>Nombre</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>
Maladies professionnelles	19 556	23 778	27 142	30 031
Décès	67	96	95	93

Source : Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, 2001

➤ *Les revenus de remplacement*

La législation sur les risques professionnels comporte un régime d'indemnisation propre de façon à remplacer de façon provisoire ou définitive les revenus de travail du salarié pour lui et sa famille. Les effets des risques professionnels peuvent se traduire sous trois formes et entraîner différents revenus de remplacement :

- Une incapacité provisoire de travail : Indemnités journalières (la personne est alors en arrêt maladie)
- Une incapacité définitive (partielle ou totale) de travail : rente
- Le décès du salarié : rente versée aux ayants droit

Dans le cadre de cette thèse, le public susceptible de faire l'objet d'une réinsertion professionnelle en milieu ordinaire de travail est celui concerné par une incapacité définitive partielle de travail. C'est la raison pour laquelle les deux autres cas ne sont pas développés ici¹¹¹. La notion d'*incapacité permanente* suppose une réduction définitive ou présumée telle, de la capacité de travail de la victime dont l'état s'est stabilisé. Lorsque le taux de cette incapacité permanente est inférieur à 10 %, la victime a droit à un capital ; lorsque ce taux est égal ou supérieur à 10 % elle a droit à une rente. Cette dernière est fixée en fonction de deux coordonnées : la valeur supposée de la capacité de travail avant sa réduction (qui permet de déterminer le salaire qui servira de base à la détermination de la rente) ; l'importance supposée de la réduction de la capacité de travail qui est traduite en taux d'incapacité¹¹². Si l'incapacité est totale et oblige la victime à avoir recours à une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie quotidienne, la rente est majorée de 40 %. Enfin, le montant de la rente peut être révisé en fonction de l'aggravation ou en cas d'atténuation de l'incapacité.

La réparation dont a droit la victime d'un risque professionnel concerne aussi l'ouverture d'un droit à la rééducation professionnelle. Ce dernier est ouvert par demande de la CPAM ou sur l'initiative de la victime et sous réserve d'une décision de la COTO-

¹¹¹ Pour plus d'information sur les revenus de remplacement de ces deux situations, le lecteur peut se reporter à la législation sur les accidents du travail, *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 665-674.

¹¹² *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 669.

REP. Dans ce dernier cas, l'indemnité journalière ou la rente sont intégralement maintenues le temps de la rééducation.

3.5.2 L'assurance invalidité¹¹³ : l'indemnisation du risque non professionnel

« Est considéré comme invalide l'assuré social victime d'une réduction des deux tiers de sa capacité de travail ou de gain, c'est à dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur aux deux tiers de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme » (art. L341.1 du code de la Sécurité sociale).

Tout assuré social (sous réserve de certaines conditions minimales) est couvert pour un certain nombre de risques (maternité, maladie, décès, invalidité) et peut accéder à l'ouverture des droits aux différentes prestations des assurances sociales. Parmi les risques couverts, l'assurance invalidité indemnise le risque non professionnel. La conception française de l'invalidité est celle d'une maladie prolongée. Elle est définie comme « une réduction stabilisée de la capacité de travail ou de gain¹¹⁴, cette réduction ne résultant pas d'un risque professionnel ou d'une blessure de guerre. »¹¹⁵

➤ *L'invalidité est appréciée et soumise à certaines conditions médicales et administratives*

L'appréciation de l'état d'invalidité tient compte : de la capacité de travail restante, de l'état général, des facultés physiques et mentales de l'intéressé ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle. Cette appréciation intervient soit après consolidation¹¹⁶ de la blessure en cas d'accident non régi par la législation des accidents du travail, soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié, au titre de

¹¹³ *Ibid.*, J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, p. 571.

¹¹⁴ V. Cass. Soc., 3 octobre 1984 qui s'en tient à la perte de capacité de *gain*, alors que l'art. L. 341-1 vise la capacité de travail ou de gain.

¹¹⁵ J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 571.

¹¹⁶ La consolidation correspond à un état stabilisé de la « blessure », elle se distingue de la guérison qui implique un retour à l'état antérieur (ex. : on guérit d'un rhume).

soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié, au titre de l'assurance maladie, des prestations en espèces¹¹⁷. D'autres conditions d'ouverture de droits interviennent ayant trait à l'immatriculation¹¹⁸ et à l'emploi (justifier d'un nombre suffisant d'heures de travail)¹¹⁹ ainsi qu'à l'âge (au-delà de 60 ans, l'assurance invalidité est relayée par l'assurance vieillesse).

➤ *Une prestation répartie selon 3 niveaux*

L'attribution de la pension d'invalidité peut être accordée soit à l'initiative la Caisse primaire d'assurance maladie, soit à la demande de l'assuré (dans les 12 mois qui suivent la stabilisation de l'état). Pour le calcul du montant de la pension¹²⁰, les invalides sont regroupés en trois catégories :

1 ^{ère} catégorie	Invalide capable d'exercer une activité rémunérée : la pension est alors égale à 30 % du salaire moyen antérieur (dans la limite du plafond) calculé sur les cotisations versées au cours des 10 meilleures années civiles d'assurance.
2 ^{ème} catégorie	Invalide incapable d'exercer une activité rémunérée : la pension est alors égale à 50 % du salaire moyen antérieur dans la limite du plafond.
3 ^{ème} catégorie	Invalide, classé dans la 2^{ème} catégorie, dont l'état de santé nécessite le recours aux services d'une tierce personne pour les actes de la vie courante : la pension est alors assortie d'une <i>Majoration pour Tierce Personne</i> (MTP) fixée par voie réglementaire.

L'assurance invalidité est considérée comme le parent pauvre du système de Sécurité sociale français : « l'exigence d'une invalidité des 'deux tiers' laisse sans aucune indemnisation des assurés sociaux pourtant frappés d'une invalidité qui les empêche de retrouver

¹¹⁷ Art. L. 321-1-4° : il s'agit des 3 ans pendant lesquels les affections de longue durée peuvent ouvrir droit aux indemnités journalières de l'assurance maladie ; soit après stabilisation de son état intervenue avant l'expiration de ce délai ; soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité lorsque celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

¹¹⁸ L'assuré doit avoir été immatriculé depuis 12 mois au moins au 1^{er} jour au cours duquel est survenue soit l'interruption de travail suivie d'invalidité (maladie ou accident), soit la constatation médicale de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

¹¹⁹ L'assuré doit justifier de 800 heures de travail salarié au cours des 365 jours ou des 12 mois civils précédant l'interruption de travail ou la constatation suivie de l'invalidité, dont 200 heures au moins au cours des 3 premiers mois ; soit d'avoir payé des cotisations correspondant au montant dû sur un salaire égal à 2 030 fois le salaire minimum horaire dont 1 015 fois au moins au cours des 6 premiers mois.

¹²⁰ Le taux minimum de la pension d'invalidité ne peut être, en aucun cas, inférieur au taux d'Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés (AVTS).

un emploi, ce qui renvoie sur le système de chômage. »¹²¹ Le recours à une prévoyance complémentaire (par conséquent facultative¹²²) est de plus en plus fréquent pour pallier les insuffisances de l'assurance invalidité.

Pour ceux qui n'en possèdent pas, l'allocation supplémentaire invalidité¹²³ permet d'assurer un minimum de ressources aux titulaires d'une pension d'invalidité servie par un régime de Sécurité sociale au titre d'une incapacité permanente.

3.5.3 La garantie de ressource des travailleurs handicapés (GRTH)

La loi du 30 juin 1975 prévoit de garantir des ressources¹²⁴ à toute personne handicapée exerçant une activité professionnelle : « Art. 32. Il est assuré à tout handicapé exerçant une activité professionnelle, quelles qu'en soient les modalités, une garantie de ressources provenant de son travail. Lorsque le handicapé exerce cette activité soit dans le secteur ordinaire de production, soit dans un atelier protégé ou centre de distribution de travail à domicile, soit dans un centre d'aide par le travail, cette garantie de ressources, différente dans chaque cas, est fixée par rapport au salaire minimum de croissance. » Afin de compenser les bas niveaux de salaire perçus par certaines personnes handicapées, la loi institue une garantie de ressource indexée sur le Smic pour les personnes handicapées travaillant en milieu protégé ou ordinaire. Puisque lié à la capacité de production, certaines des personnes handicapées travaillant peuvent percevoir un revenu inférieur au SMIC ; dans ce cas de figure la loi prévoit le versement d'un complément de rémunération par l'État. La GRTH a un double objectif : elle vise à assurer un revenu minimum quel que soit le niveau de rendement du travailleur handicapé, dans le même temps, le mécanisme de garantie de ressources doit compenser auprès des entreprises les différences de rendement professionnel dues au handicap¹²⁵. En 1999, 10 215 personnes handicapées ont bénéficié de la garantie de

¹²¹ J.-J. Dupeyroux *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 574.

¹²² Cette prévoyance complémentaire peut cependant être obligatoire pour le salarié en application d'une convention collective.

¹²³ Cette allocation est servie par les Caisses régionales d'assurance maladie ou les caisses de retraite ; elle est financée par un Fonds spécial d'invalidité.

¹²⁴ Textes juridiques concernant la GRTH : Loi d'orientation n° 75 - 534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées (articles 32 à 34) ; Décret n° 77 - 1465 du 28 décembre 1977 fixant les modalités d'application aux travailleurs handicapés salariés des dispositions de la loi n°75 - 534 du 30 juin 1975 relatives à la garantie de ressources ; Circulaire du 17 février 1978 relative à l'application de la garantie de ressources aux personnes handicapées ; Décret n° 86 - 530 du 14 mars 1988 modifiant le décret n°77 - 1465 du 28 décembre 1977 fixant les modalités d'application aux travailleurs handicapés salariés des dispositions de la loi n°75 - 534 du 30 juin 1975 relatives à la garantie de ressources ; Décret n° 93 - 87 du 22 janvier 1993 modifiant le décret n° 77 - 1465 du 28 décembre 1977 fixant les modalités d'application aux travailleurs handicapés salariés des dispositions de la loi n°75 - 534 du 30 juin 1975 relatives à la garantie de ressources ; Circulaire CDE n°94 - 40 du 10 octobre 1994 relative à la garantie de ressources des travailleurs handicapés : nature et assiette des charges sociales compensables ; Loi de finances pour 1997, n°96 - 1181 du 30 décembre 1996 (article 139).

¹²⁵ Deux dispositifs coexistent : l'un pour les emplois ordinaires (abattement de 10 % à 20 %), l'autre pour les emplois de travail protégé en milieu ordinaire (abattement de plus de 20% à 50 %).

ressources attribuée aux travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail et les dépenses affectées au versement du complément de rémunération se sont élevées à 208 millions de francs [31 709 395 euros] (à rapprocher de la dotation de 5 milliards de francs [762 245 086 euros] affectée à la GRTH en milieu protégé)¹²⁶.

Depuis le 1^{er} janvier 1997, l'État a transféré la gestion de la GRTH à l'AGEFIPH qui assure le financement du complément de rémunération aux travailleurs handicapés exerçant une activité en milieu ordinaire de travail. L'État a cependant conservé le financement de la GRTH en milieu protégé. La GRTH en milieu ordinaire de production a un rôle important dans l'insertion des publics lourdement handicapés¹²⁷ car elle est complémentaire au salaire reçu par les travailleurs handicapés dont le salaire fait l'objet d'un abattement. Cependant, en milieu ordinaire, la garantie de ressource est relativement peu utilisée car très peu d'entreprises emploient des travailleurs handicapés avec le bénéfice d'un abattement de salaire¹²⁸. La tendance s'inverse pour le milieu protégé : la majorité des personnes handicapées travaillant dans des CAT perçoivent un complément de rémunération. Avant la loi du 30 juin 1975, les travailleurs handicapés travaillant en milieu protégé ne percevaient qu'un salaire réduit, « pour assurer une activité à leur enfant devenu adulte dans les premiers CAT, certains parents on même dû parfois payer une part non négligeable du coût de l'encadrement. »¹²⁹

Le dispositif de la GRTH s'appuie sur trois éléments : un taux d'abattement de salaire, la garantie de ressources et un complément de rémunération qui sont soumis à divers plafonnements et procédures. Les décisions d'abattement de salaire relèvent de la compétence des COTOREP¹³⁰ :

- Pour les emplois ordinaires : si le salaire abattu est inférieur au SMIC de moins de 10 % la décision est prise par le DDTEFP, et si le salaire abattu est inférieur au SMIC au-delà de 10%, la décision revient au DRTEFP ;
- Pour les emplois protégés : pour chaque travailleur, le salaire minimum est fixé par le DDTEFP, sur avis motivé de la COTOREP. Cet avis est émis au vu d'un rapport

¹²⁶ AGEFIPH, « La garantie de ressource des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail », Synthèse et Pratiques, n° 2, 2000, p. 2.

¹²⁷ *Ibid.*, AGEFIPH, 2000.

¹²⁸ Bien que pouvant atteindre 20 %, la procédure permettant à une entreprise de bénéficier d'un abattement de salaire est lourde à gérer pour les milieux économiques. Ceci explique en partie le peu de situations de travailleurs handicapés dans ce cas. Lorsque cela se produit, l'État compense pour le salarié la perte de salaire.

¹²⁹ D. Velche, 1998, *op. cit.*, p. 225.

¹³⁰ Depuis 1997, date de transfert de l'État à l'AGEFIPH du financement du complément de rémunération, un représentant de l'AGEFIPH est invité à participer aux réunions de COTOREP consacrées à l'examen des demandes d'abattement de salaire. Le législateur a prévu trois cas où la décision implique également le Directeur Départemental ou le Directeur Régional du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle.

de l'inspection du travail sur les conditions dans lesquelles doit être exécuté le contrat de travail du travailleur handicapé.

- Parmi les aides à l'emploi de l'État, seuls les allègements de charges sociales peuvent se cumuler avec le dispositif de la GRTH.

	Taux d'abattement	% Bénéficiaires
Emplois ordinaires	10 %	16 %
	20 %	37 %
Emplois de travail protégé	30 %	12 %
	40 %	10 %
	50 %	25 %

Source: fichier AGEFIPH – 30.6.98

Pour la moitié des bénéficiaires, la demande d'abattement a été effectuée au moment de l'embauche, pour l'autre moitié elle a été faite ultérieurement et dans ce cas là contribue au maintien du travailleur handicapé en entreprise. Les informations sur l'ancienneté dans l'entreprise et dans le dispositif suggèrent que le dispositif assure une pérennité dans l'emploi : 74 % des bénéficiaires ont plus de cinq ans d'ancienneté dans l'entreprise ; l'ancienneté moyenne s'établit à 11 ans ; 46 % des entreprises bénéficient du dispositif pour un même salarié depuis plus de cinq ans¹³¹.

« La garantie de ressource des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail »,

AGEFIPH, Synthèse et Pratiques, n° 2 juillet 2002, pp. 6-7.

Concrètement, lorsqu'un employeur emploie un travailleur handicapé de capacité réduite et de rendement notablement diminué, il peut demander à la COTOREP d'accorder un abattement de salaire. La COTOREP fixe le taux d'abattement de salaire en appréciant la diminution du rendement du salarié au vu de son handicap et au regard du poste occupé dans l'entreprise.

Pour des emplois ordinaires, l'abattement de salaire ne peut excéder 20 % (pour les personnes handicapées de catégorie C) et 10 % (pour les personnes handicapées de catégorie B) du salaire normalement alloué au travailleur valide accomplissant la même tâche. Pour des emplois protégés (emplois à mi-temps ou dits « légers » recensés par l'administration), l'abattement de salaire est supérieur à 20 % et ne peut excéder 50 % du salaire normalement alloué au travailleur valide accomplissant la même tâche.

¹³¹ AGEFIPH, 2000, *op. cit.*, p. 14-15.

Le salarié a droit à la garantie de ressources dans les limites des plafonds suivants : 130% du SMIC pour les emplois ordinaires et 100 % du SMIC pour les emplois protégés.

La GRTH comprend deux volets :

- le salaire direct après abattement à la charge de l'employeur,
- le complément de rémunération, qui est égal à la différence entre la GRTH et le salaire abattu, sans toutefois dépasser 20 % du SMIC pour les emplois ordinaires et 50 % pour les emplois protégés.

Le complément de rémunération vient donc compenser en totalité ou en partie l'abattement de salaire. Depuis 1997, il est financé par l'AGEFIPH par remboursement auprès de l'employeur. Il a un caractère salarial et doit apparaître sur la fiche de paie.

L'étude des bénéficiaires de la GRTH met en évidence certains critères : une population très masculine (80 % tous secteurs pour atteindre 92 % dans le secteur agricole), Cette tendance est différente selon les secteurs d'activité : dans les secteurs de l'hôtellerie, restauration et dans l'administration, éducation, santé, les femmes représentent respectivement 45 % et 55 % des effectifs. Les bénéficiaires de la GRTH ont un faible niveau de formation, la prédominance des secteurs agricole et industriel est à noter. La moitié des bénéficiaires présente une déficience intellectuelle : 50 % des bénéficiaires de cette mesure sont déficients intellectuels, 20 % sont handicapés moteurs, 14 % sont touchés par une maladie invalidante, 6 % sont malades mentaux, 6 % déficients auditifs, 3 % ont un handicap visuel et 1 % sont polyhandicapés¹³². De plus, 25 % des bénéficiaires sont directement issus du milieu spécialisé ou protégé. Et notamment, parmi les personnes qui sortent du système scolaire, 61% viennent d'un établissement spécialisé de type IMPRO¹³³.

Au 30 juin 1998, 8 669 employeurs sont recensés dans le fichier de l'AGEFIPH pour 9 909 travailleurs handicapés bénéficiaires de la GRTH. Tous secteurs d'activité confondus, 90 % des entreprises emploient un seul travailleur handicapé bénéficiaire de la GRTH ; 7 % en emploient deux et 3 % trois ou plus. En huit ans, la progression du nombre de salariés est plus marquée (+24 %) que celle des entreprises (+16 %), traduisant une

¹³² La définition du polyhandicap est assez récente et regroupe des caractéristiques diverses qui associent déficience intellectuelle, sensorielle, physique, psychique, somatique de façon interactive. Les personnes atteintes d'un polyhandicap étaient, jusque dans les années 80, appelées « encéphalopathes » ou « arriérés profonds ». Pour ces personnes, dont la mortalité reste très élevée, les pronostics d'évolution étaient considérés comme quasi nuls et ils étaient qualifiés « d'inéducables ». Il faudra attendre 1989 pour qu'une définition officielle soit adoptée dans le cadre des annexes 24 ter (Décret n°89-798 du 27 octobre 1989).

¹³³ *Ibid*, AGEFIPH, 2000, p. 21-22.

augmentation du nombre moyen de travailleurs handicapés bénéficiaires du dispositif par entreprise¹³⁴. Parmi les entreprises utilisatrices de cette mesure, en 1998, l'agriculture est toujours le premier secteur à utiliser le dispositif. Le secteur des industries manufacturières avec 26 %, constitue le deuxième secteur d'activité utilisateur. Les secteurs d'activité du commerce et du transport, du bâtiment et de la construction, et celui des services représentent chacun entre 12 % et 19 % des entreprises. Dans le secteur agricole, les emplois de travail protégé représentent 67% des emplois avec GRTH, et de 37 à 45 % dans les autres secteurs d'activité les plus représentés : industries manufacturières (37 %), construction (38 %), commerce, réparation (45 %), administration, éducation, santé (41 %)¹³⁵.

Il ressort de l'enquête menée par l'AGEFIPH que le dispositif des abattements de salaires et de la GRTH, datant de 1975, concerne peu de personnes travaillant en milieu ordinaire de travail, qu'un certain essoufflement dans son utilisation semble apparaître depuis 1995 et que les disparités géographiques quant à son utilisation sont importantes. Cependant, ce dispositif joue un rôle reconnu et particulier dans la politique d'insertion professionnelle des personnes lourdement handicapées en milieu ordinaire.

3.5.4 L'allocation compensatrice pour frais professionnels

Financée par le département, cette aide est accordée après avis de la COTOREP au travailleur handicapé ayant une incapacité professionnelle d'au moins 80 % et lorsque l'activité professionnelle est source de frais supplémentaires liés au handicap. Il doit s'agir de frais réels et justifiés, non pris en charge par ailleurs.

3.5.5 L'allocation adulte handicapé (AAH) : le minima social des personnes handicapées n'ayant pas cotisé

L'AAH fait partie d'un ensemble de huit prestations de ressources regroupées sous l'expression *minima social*¹³⁶. Les minima sociaux remplissent une fonction de garantie de base permettant un certain niveau de ressources. Ils viennent en cela suppléer le dispositif de Sécurité sociale qui, en fonction de sa logique assurantielle, laisse de côté certaines catégories de personnes. L'AAH constitue le minimum garanti réservé aux personnes handicapées dépourvues d'une couverture sociale. Du fait de la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, un certain nombre d'entre-elles peuvent bénéficier de l'AAH

¹³⁴ *Ibid*, AGEFIPH, 2000, p. 19.

¹³⁵ *Ibid*, AGEFIPH, 2000, p. 20.

¹³⁶ Le minimum vieillesse, le minimum invalidité de l'assurance maladie, l'AAH, l'allocation parent isolé, l'allocation veuvage, les allocations pour chômeurs relevant du régime de solidarité (allocation d'insertion et allocation de solidarité) et enfin, dans une logique plus complexe le RMI.

qui constitue, à défaut de tout revenu direct ou indirect, une garantie de ressources. Elle constitue une obligation nationale de solidarité que la collectivité entière a reconnue à l'égard des personnes handicapées.

➤ *L'AAH est appréciée et soumise à certaines conditions médicales et administratives*

C'est la COTOREP qui étudie la demande d'AAH et attribue le taux d'incapacité permanente. Pour pouvoir bénéficier de l'AAH, la personne handicapée doit être âgée de 20 ans (ou 16 ans si la personne handicapée n'est plus à la charge de ses parents). La logique sur laquelle repose l'AAH étant liée à un retrait légitime du travail, la personne handicapée doit être atteinte d'une incapacité permanente d'au moins 80 % ou d'une incapacité comprise entre 50 % et 80 % en cas d'impossibilité reconnue par la COTOREP de se procurer, compte tenu du handicap, un emploi. L'activité dans un CAT n'est pas considérée comme un emploi (le travail a une valeur thérapeutique) et ne s'oppose pas à l'attribution de l'AAH.

Si cette prestation est « servie comme une prestation familiale »¹³⁷ (l'AAH est gérée par la CAF pour le compte de l'État qui en supporte la charge financière depuis 1983), elle constitue cependant une prestation non contributive de la Sécurité sociale attribuée sous conditions de ressources et de manière subsidiaire par rapport aux diverses prestations pouvant être accordées par cette dernière. Le montant de l'AAH est identique à celui du minimum vieillesse, si les ressources de l'intéressé dépassent un plafond fixé par décret, l'AAH est réduite à due concurrence (AAH différentielle).

La loi du 11 février 2005 a réformé les conditions d'attribution de AAH en introduisant la possibilité de cumul avec les revenus du travail ou en complément d'avantages invalidité ou accident du travail/maladie professionnelle et certaines ressources non prises en compte dans les revenus. Par ailleurs, la loi de 2005 instaure une garantie de ressources des personnes handicapées (GRPH) d'un montant de 140 € par mois, pour les personnes dans l'incapacité de travailler. Intégralement cumulable avec l'allocation aux adultes handicapés (AAH), elle s'élèvera donc à 780 € au total, soit 80 % du SMIC net. Une majoration pour vie autonome (MVA) de 100 € par mois doit être également attribuée, dès juillet 2005, pour alléger les frais de logement des personnes handicapées au chômage, en raison de leur handicap¹³⁸.

¹³⁷ Art. L.821-5 du code de la Sécurité sociale.

¹³⁸ Sont exclus des ressources à prendre en compte, outre les revenus d'activité professionnelle, les indemnités temporaires, les prestations et les rentes viagères servies aux victimes d'accidents du travail, les revenus de remplacement ainsi que les revenus d'activité du conjoint, du concubin, de la personne avec qui l'intéressé est pacsé, et de l'aidant familial vivant à son foyer. Aucune condition de ressources n'est requise pour bénéfi-

Pour les personnes en mesure de travailler, les ressources tirées d'une activité professionnelle ne seront, en partie, pas prises en compte dans le calcul de l'AAH. Elle pourra se cumuler avec les ressources de l'intéressé ou conjoint, concubin dans la limite d'un plafond variant selon la situation familiale. Pour les personnes dans l'incapacité de travailler ou au chômage, la loi met en place à partir du 1er juillet 2005, un complément de ressources pour les bénéficiaires de l'AAH, appelé garantie de ressources, soit 140 € par mois (l'équivalent, avec l'AAH, de 80 % du SMIC)¹³⁹.

3.5.6 Des indemnisations qui restent inégales selon l'origine du handicap

Comme on peut le constater, il y a des différences entre les prestations des assurances sociales et celles des accidents du travail. Ces différences sont d'autant plus marquées que le préjudice est grave. Il suffit de comparer les montants des prestations dans le cas de l'invalidité des deux tiers de l'assurance invalidité et la législation sur l'incapacité permanente en cas d'accident du travail ; le décalage est maximal en cas de décès de la victime. Entre une personne handicapée percevant l'AAH (minima social), une autre vis-à-vis de laquelle il s'agit de maintenir un niveau de salaire au moins égal à celui du SMIG et celles relevant des régimes des accidents du travail, les sommes perçues varient considérablement. Si la référence à l'origine du handicap reste prépondérante dans l'attribution d'une compensation, les différences de revenus qui en découlent sont difficilement compréhensibles pour les personnes handicapées qui, à handicap égal, s'aperçoivent qu'elles ne perçoivent pas le même type de dédommagement.

Si la loi du 30 juin 1975 a permis une réelle avancée dans la prise en charge des besoins des personnes handicapées, elle s'est cependant avérée inadaptée à leurs attentes. Ces dernières, sont mieux pris en compte dans la loi du 11 février 2005 et pour comprendre le

cier de ce droit. Cependant, cette prestation est accordée sur la base de tarifs et de montants fixés par nature de dépense dans la limite de taux de prise en charge pouvant varier selon les ressources du bénéficiaire

¹³⁹ Pour cela, il faut que les bénéficiaires : aient une capacité de travail inférieure à un pourcentage (défini par décret), n'aient pas perçu de revenus professionnels depuis une certaine durée, disposent d'un logement indépendant, perçoivent l'AAH à taux plein ou en complément d'un avantage vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente AT. A noter : les personnes hébergées dans un établissement social ou médico-social ou hospitalisées ou incarcérées pourront en bénéficier.

changement de fond qui s'est produit entre ces deux lois, il est nécessaire de faire un détour mettant en lumière l'évolution des représentations du processus handicapant.

4 L'INVERSION DES REPRESENTATIONS SUR LE PROCESSUS HANDICAPANT ET SON INCIDENCE SUR L'ORIENTATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

4.1 HANDICAP, UN TERME COMPLEXE EN QUETE DE DEFINITION

« En somme, il paraît nécessaire d'éliminer de notre compréhension de l'humanité bien des déterminations restrictives qui empêchent de considérer tous les hommes comme tels. (...). Ce qui est donc important, c'est peut-être en réalité, d'apprendre à nous départir de toute définition de l'homme, pour retrouver enfin ce qu'il est : une énigme. »¹

L'apparition du terme handicap, en substitution du langage de l'infirmité, et son utilisation dans le champ des politiques sociales va poser deux questions. La première tient à l'absence de définition scientifique de ce terme issu du langage courant et à l'absence d'outil pour mesurer et évaluer correctement les incidences durables des maladies². Traditionnellement inscrits dans le champ médical, les premiers travaux tentant d'apporter une définition du handicap vont s'inscrire « naturellement » dans le cadre des réflexions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La seconde approche du handicap est de nature philosophique : qu'est-ce qu'être handicapé ? Comment le devient-on ? Cette réflexion va s'inscrire dans le champ de la sociologie à travers l'interrogation de la construction des identités modernes, et va rapidement glisser sur la scène publique pour interroger le modèle d'intégration pour les personnes handicapées, dont chaque société souhaite se doter.

Inscrites au départ dans des champs distincts, ces deux questions vont générer des débats qui, dans un premier temps, vont aboutir à deux définitions du handicap fondées sur des modèles opposés, mettant en avant des relations causales explicatives du processus

¹ D. Moysse, « Interroger les définitions de notre humanité pour respecter les 'personnes handicapées' », in *Réadaptation*, n° 406, 1994, p. 23.

² Entendues ici au sens large, elles regroupent aussi les accidents et les traumatismes moraux ou physiques.

handicapant différents. Les tensions qui vont naître de la présence de ces deux modèles vont faire l'objet d'un débat au niveau international qui va contribuer à transformer les représentations habituellement associées au handicap. Ainsi, loin d'être anecdotique, la recherche d'une définition du handicap s'est avérée révélatrice des conflits d'intérêts autour des enjeux qu'elle dissimulait. Liant inextricablement des approches médicale, sociologique, philosophique et politique, la recherche d'un modèle permettant de cerner et d'expliquer le handicap va aboutir à une complète remise en question des cadres implicites sous-tendant l'orientation des politiques publiques.

Dans les années 1980 ces débats vont se télescoper et donner lieu à une prise de position quant à la place des personnes handicapées dans la société et aux réponses à apporter à leurs problèmes. En moins de trente ans, la conception du handicap comme relevant de problèmes intrinsèques à la personne, a cédé la place à une autre conception du handicap généré par la société. Au final c'est l'orientation des politiques publiques à destination de ce public qui a été bouleversée.

4.1.1 Handicap : un terme générique à la définition « molle »

Issu du langage courant, le terme handicap va connaître une trajectoire qui va en faire le terme générique permettant de regrouper les anciens termes d'invalidé, d'infirme, etc. Dans son dictionnaire historique de la langue française, Alain Rey retrace l'itinéraire de ce terme :

« **HANDICAP** n.m. est emprunté (1827) à l'ancien anglais *handicap*, qui représente probablement une contraction de *hand in cap*, proprement « la main (*hand*) dans (*in*) le chapeau (*cap*) ». Le mot, en anglais, a désigné (XVIII^e s.) un jeu où l'on se disputait des objets personnels dont le prix était proposé par un arbitre, la mise étant déposée dans une coiffure (*cap*) et, par la suite, sous la forme contractée *handicap*, une compétition entre deux chevaux (1754), puis des courses de chevaux (1780), le glissement de sens s'expliquant par l'idée de jugement comparatif de la valeur (des objets, puis des chevaux).

Handicap est introduit en français, comme d'autres termes de hippisme, avec l'idée d'égaliser les chances des concurrents en imposant aux meilleurs de porter un poids plus grand ou de parcourir une distance plus longue. Par extension, le terme s'applique (1854) à d'autres sports puis par métonymie (1888, en cyclisme) se dit de tout désavantage imposé dans une épreuve à un concurrent de qualité supérieure. De là vient (1913) le sens figuré d'« entrave, gêne », « infériorité » et, par extension (1964), celui d'« infériorité momentanée » en parlant d'une collectivité par rapport à une autre. *Handicap* a aussi pris la valeur sociale de *handicapé*.

Handicap a produit très tôt des dérivés en français : **HANDICAPER** v. tr. (1855 ; 1854 au participe passé ; d'après l'anglais *to handicap*) s'applique d'abord aux sports puis signifie au figuré (1888) « mettre (qqn) en état d'infériorité ». Le participe passé **HANDICAPÉ, ÉE**, adj. et n., d'abord en hippisme (1854), se dit (1889) d'une personne désavantagée et, notamment, d'une personne affectée d'une déficience physique ou mentale (1957, *travailleur handicapé*) ; le terme tend aujourd'hui à

remplacer *infirmes*, mais il est plus large (déficiences physique ou mentale, etc.) ; il est devenu très courant, parmi les euphémismes sociaux masquant les réalités pénibles (*cf.* malvoyant, malentendant, etc.). »³

Si l'origine étymologique du terme handicap est celle d'un jeu de hasard, son sens actuel est cependant à situer dans le champ sportif dans lequel il désigne une course avec égalisation des chances entre des participants plus ou moins avantagés, afin que l'on puisse reconnaître le mérite, la valeur strictement personnels des concurrents. H.-J. Stiker⁴ associe l'apparition du terme handicap en France au début du XX^e siècle à quatre grands événements :

- La reconnaissance, à travers la législation sur les accidents du travail, de la nécessité de réparer et redonner une place économique aux accidentés et mutilés du travail ;
- Les conséquences de la Première guerre mondiale, qui entraînent un phénomène de massification du handicap, une dette de la Nation à l'égard de ces combattants, associée à un impératif économique et à l'existence récente d'une médecine de réadaptation capable de *réparer* certains dommages physiques (apparition des premiers textes organisant la rééducation et la réinsertion professionnelle) ;
- La voix des associations et particulièrement celle des tuberculeux, eux aussi en nombre, revendiquant leur accès à l'instruction et à la réinsertion professionnelle. À cette voix s'ajoutent celles des nombreuses associations⁵ qui revendiquent pour leurs adhérents un retour dans la société (indépendance économique, éducation, apprentissage d'un métier, etc.) ;
- Les conséquences de l'école obligatoire qui, à travers l'utilisation des tests élaborés par Binet et Simon, décèle les élèves qui ne s'adaptent pas à l'école standard et dont la question de la réintégration scolaire est évoquée.

Sous la pression de ces événements, un nouveau vocabulaire apparaît exprimant la philosophie sociale du risque, de la responsabilité, de l'assurance, de la compensation et de réparation, du rattrapage⁶. Ainsi, « dans les années vingt, le vocabulaire tourne : si on ne bannit pas les mots que je nomme 'défectifs' (in-firme, im-potent, in-capable, im-bécile,

³ LE ROBERT – Dictionnaire historique de la langue française, sous la dir. d'Alain Rey, Paris, éd. petit format 1998, (1992 pour la première édition), tome 2.

⁴ H.-J. Stiker « Aspects socio-historiques du handicap moteur », in *Déficiences motrices et situations de handicaps*, éd. APF, 2002, document téléchargeable au format PDF sur le site de l'APF : <http://www.apf-moteurline.org>

⁵ Fédération des mutilés du travail, la Ligue pour l'adaptation du diminué physique au travail, l'Association Auxilia, la cité Clairvivre, l'Association des paralysés de France, les Croix marines, etc.

⁶ H.-J. Stiker, « Handicap et exclusion. La construction sociale du handicap », in S. Paugam, *L'exclusion l'état des savoirs*. Paris : La découverte / textes à l'appui, 1996, p. 331.

in-valide, etc.) on voit apparaître les mots du re-tour (re-classement, ré-adaptation, ré-intégration, ré-insertion, parfois ré-habilitation, ré-éducation, etc.) »⁷

H.J. Stiker met en évidence la rupture symbolique que cette nouvelle terminologie entraîne : le monde de l'infirmité, qui renvoie à l'image de l'incapacité insurmontable, est remplacé par celui du handicap qui fait référence à celle de l'atteinte compensée⁸. Avec la naissance de la réadaptation et de la rééducation fonctionnelle, un vocabulaire centré sur les aptitudes restantes se développe et se différencie du vocabulaire médical centré sur le manque. C'est de la réadaptation physique et professionnelle que la compensation naît, et elle permet alors à la personne handicapée de retrouver ses chances, des chances égales à celles des autres. La massification du handicap, la mise en place des premiers centres de rééducation professionnelle et le recours à cette main-d'œuvre en temps de guerre va donner une lisibilité du potentiel productif des personnes handicapées. Ce contexte permet l'émergence d'un nouveau discours sur la participation citoyenne de personnes relevant jusque là de compensations issues de la réparation ou de l'assistance. Les blessés de guerres et mutilés peuvent, sous réserve qu'une réadaptation professionnelle leur soit proposée, contribuer à l'effort de production en temps de guerre. Une nouvelle conception du handicap naît qui lui donne une place (même si celle-ci reste symbolique) dans l'idéologie libérale : dans une société de libre concurrence, le handicap est une charge qui peut être effacée⁹ par la réadaptation, car elle offre les moyens de tenter l'égalisation des chances (avec les 'normaux'). Ainsi, « l'infirmes de toute espèce, est désormais un handicapé, un citoyen lancé dans la concurrence sociale, réintégré. »¹⁰

4.1.2 Handicap : un terme opératoire pour élaborer des politiques publiques...

C'est à la fin des années cinquante que le terme handicap va – (plutôt que la notion d'inadaptation utilisée par Bloch-Lainé et Lenoir) – désigner une population particulière et prendre corps dans le cadre de la législation française. Comme on l'a vu précédemment, c'est dans son rapport au travail, que le terme handicap apparaît pour la première fois en France dans le cadre de la loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés. Dans ce texte, le terme handicap n'est pas utilisé seul mais dans l'expression « travailleur handicapé » qui fait l'objet d'une définition succincte : « est considéré comme travailleur handicapé pour bénéficier de la présente loi, toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par

⁷ *Ibid.*, H.-J. Stiker, 1996, p 332.

⁸ H.-J. Stiker, 1997, *op. cit.*, p. 151-154.

⁹ H.-J. Stiker parle de geste d'effacement comme une action d'in-différence, *Ibid.*, 1997, p. 154-155.

¹⁰ *Ibid.*, H.-J. Stiker, 1997, p.154.

suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales. »¹¹ Le terme travailleur handicapé permet (comme le terme handicap) de fusionner sous une même appellation les termes plus anciens d'invalides, mutilés et infirmes en mettant l'accent sur la capacité productive de ces travailleurs pas tout à fait comme les autres. C'est le premier pas vers une perception plus globale de cette sous-population, ce qui ouvre la possibilité d'apporter des réponses communes à des situations jusque là analysées de façon distincte. L'élargissement de l'utilisation de ce terme à de nouvelles situations va permettre d'aboutir au vote de la loi du 30 juin 1975. Cette loi en n'énonçant pas de définition de la notion de handicap ou de personne handicapée (au regard de cette loi, la personne handicapée est toute personne reconnue telle par les commissions créées par la loi), laissait libre le champ pour une application souple et des possibilités d'évolutions. Dans le même temps, l'absence d'une définition du handicap générait le risque d'appréciations hétérogènes (difficultés à identifier de façon satisfaisante les personnes pouvant être reconnues handicapées) et par conséquent celui d'une mise en œuvre ne répondant pas au principe d'égalité de traitement.

Ainsi, le terme handicap et ses dérivés sont appropriés pour désigner une population cible en vue d'apporter les réponses à ses besoins. Toutefois, dès qu'il s'agit de mettre précisément en œuvre les orientations préconisées, ce terme s'avère peu performant.

4.1.3 ... Mais peu opérant pour les mettre en œuvre

Force est de constater que l'utilisation du terme handicap opère de façon plus ou moins performante selon les contextes dans lequel il est utilisé. S'agissant de l'élaboration d'une politique publique, la notion de handicap et ses dérivés s'inscrit aisément dans les questions d'emploi, de formation, d'hébergement, etc. Dans le cadre des politiques relatives au handicap, le terme handicap désigne alors toutes les personnes reconnues handicapées qui ont des difficultés d'intégration socio-économiques. Bénéficiaires des mesures de droit commun et de l'accès à des mesures spécifiques, les personnes handicapées constituent à ce titre une catégorie du public des politiques publiques. Par contre, dès qu'il s'agit d'opérationnaliser ces différentes politiques publiques (éducation, formation emploi, santé, etc.), le terme handicap devient rapidement inopérant. En effet, telle la boîte de Pandore, la notion de handicap recèle des situations très différentes qui nécessitent alors de se reporter à de nouvelles définitions permettant de l'évaluer dans toute sa complexité. Mais en 1975 ces définitions ne sont pas encore formulées, seuls quelques guides barèmes permettent d'affecter des taux d'invalidité.

¹¹ Article 1^{er} de la loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés.

4.2 LA CONCEPTUALISATION DU PROCESSUS DE HANDICAP

Le débat qui se noue au sujet du handicap dans les années 1950 et qui se poursuit encore aujourd'hui, prend naissance en Amérique du Nord et va s'inscrire dans celui des organisations internationales (OMS, ONU, OIT, etc.), européennes et nationales. De nombreux travaux scientifiques vont jaloner la recherche d'une définition, du handicap qui fasse consensus. Les différentes définitions et modélisations élaborées témoignent de la façon dont la société (internationale et nationale)¹² exprime la compréhension qu'elle a du processus handicapant. C'est en fonction de cette compréhension que peuvent, d'une part, être établis des modèles permettant de donner corps à ce qu'est le handicap et par conséquent identifier, à partir de critères partagés, les personnes qui sont handicapées ; d'autre part, c'est en fonction de ces modèles qu'il est possible de concevoir les réponses à apporter aux problèmes que rencontrent les personnes handicapées.

4.2.1 La prédominance historique du modèle biomédical

Historiquement, le modèle scientifique dominant pour approcher la maladie est le *modèle biomédical* centré sur la pathologie et la guérison. C'est le modèle qui prévaut dans le domaine des handicaps jusque dans les années 1960-1970. Il est basé sur la prise en charge des maladies aiguës et constitue le fondement de la Classification internationale des maladies (CIM)¹³, principale référence terminologique officielle au niveau international en médecine et en épidémiologie. Mais la CIM n'est pas applicable dans le cas de stabilisation de l'état de la personne avec des séquelles : elle ne permet pas de *mesurer* les conséquences chroniques qui perdurent après que la personne a été stabilisée grâce à des soins médicaux.

Modèle médical ¹⁴	
Traitement	Guérison par moyens techniques
Prévention	Dépistage génétique ou biologique, élimination
Responsabilité sociale	Éliminer ou guérir

¹² Ces modèles sont discutés au niveau international et généralement font l'objet d'adaptations nationales.

¹³ L'idée d'une classification internationale des maladies émerge à la fin du XIX^e siècle, cette classification relève de l'OMS depuis 1948 et en est actuellement à sa dixième révision : CIM10.

¹⁴ J.-F. Ravaut, « Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet », in *Handicap, Revue des sciences humaines et sociales*, n° 81, 1999, p. 64-75.

L'approche médicale est centrée sur la pathologie et la guérison. Dans ce modèle, historiquement le plus ancien (constitutif de l'organisation sanitaire), les handicaps sont assimilés à leur cause médicale et les solutions proposées sont d'ordre technique. Ce modèle est complété par l'approche réadaptative qui apparaît au début du XX^e siècle et correspond à l'accompagnement de la personne handicapée dans les structures de rééducation et du secteur médico-social. Si l'approche du handicap reste individuelle, elle est élargie cependant aux conséquences qu'engendre la déficience.

L'absence « d'outil » pour mesurer les conséquences de la maladie est préjudiciable à un public pouvant demander réparation. C'est la raison pour laquelle ce sont les programmes d'assurance invalidité pour les anciens combattants et les accidentés du travail qui ont été les premiers à préconiser l'élaboration de critères permettant de décrire les conséquences fonctionnelles de leur maladie. Les premiers outils mis en place sont des barèmes, ils attribuent un « poids » au handicap, mais ne permettent pas d'évaluer les conséquences sociales du handicap, ils concernent uniquement certaines lésions. C'est à la fin des années 1960 que l'OMS, devant l'expansion de ces situations, prend en compte le fait que la CIM ne permet pas d'apporter de réponse aux besoins en matière de réadaptation et d'indemnisation de ces personnes. L'OMS demande alors à Philip Wood (rhumatologue et épidémiologiste anglais¹⁵) de coordonner des travaux de recherche afin d'élaborer un supplément à la CIM qui constituerait un nouveau schéma conceptuel des conséquences de la maladie. Dès 1975, Philip Wood et une équipe de chercheurs britanniques tentent de mettre au point une approche du handicap permettant de dépasser les impasses générées par ce terme. Pour ses recherches, il dispose de précédents travaux – en particulier ceux des sociologues américains Saad Nagi et Erving Goffman – qui proposent une approche du handicap et de ses conséquences qui intègrent les effets sociaux du handicap.

4.2.2 Les apports de la sociologie Nord américaine

Le mouvement de réflexion qui naît autour de la définition du terme handicap est largement porté par la communauté scientifique anglo-saxonne à un moment où la question de la construction des identités modernes est en débat. Les travaux des sociologues de l'Ecole de Chicago (en particulier ceux de E. Goffman) vont permettre d'opérer un revirement des représentations de la société à l'encontre des personnes handicapées.

En 1963, E. Goffman publie *Stigmates, les usages sociaux du handicap*¹⁶. L'idée centrale qui domine cet ouvrage est que l'identité ne peut être exclusivement générée de

¹⁵ P. Wood est alors professeur à l'Université de Manchester, il travaille sur les problèmes chroniques liés à l'arthrite.

¹⁶ E. Goffman, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les éditions de minuit, 1975 (1^{ère} éd. 1963).

l'intérieur, elle est dialogique : « je négocie mon identité par un dialogue intérieur et extérieur » ; dans ce cadre, l'autre est porteur de sens. D'où l'importance de la reconnaissance, car une personne ou un groupe de personnes peut subir un dommage si les gens ou la société qui les entourent leur renvoient une image limitée, avilissante ou méprisable d'eux-mêmes. E. Goffman analyse les effets du handicap (considéré comme un stigmate¹⁷) dans les relations entre « normaux » et « stigmatisés ». Partant du postulat selon lequel les identités émergent au milieu des interactions, il montre comment le stigmate interfère dans les relations sociales. Dans tous les cas de stigmate on retrouve les mêmes traits sociologiques : « un individu qui aurait pu aisément se faire admettre dans le cercle des rapports sociaux ordinaires, possède une caractéristique telle qu'elle peut s'imposer à l'attention de ceux d'entre-nous qui le rencontrent, et nous détourner le lui, détruisant ainsi les droits vis-à-vis de nous du fait de ses autres attributs. Quant à nous, nous ne divergeons pas de ces attentes particulières, je nous appellerai les normaux. »¹⁸ Ainsi, l'attitude des autres est fonction de valeurs liées aux attentes sociales et aux définitions culturelles de ce qui constitue une performance normale et acceptable. En mettant en évidence le rôle des facteurs environnementaux comme producteurs d'obstacles à la participation des personnes ayant des différences (esthétiques, comportementales ou fonctionnelles), ces travaux vont contribuer à mieux faire comprendre les obstacles qui restreignent la participation des personnes handicapées à la vie sociale.

Au même moment, (1965), S. Nagi¹⁹ conduit des travaux qui traduisent un effort de théorisation du champ de la réadaptation professionnelle des accidentés du travail. Il propose une approche visant à clarifier la terminologie et les concepts associés au phénomène handicapant. Le cadre conceptuel qu'il forge établit une distinction entre : la pathologie, la déficience, la limitation fonctionnelle et l'incapacité. En 1976 il aboutit aux définitions suivantes²⁰ :

Déficience	Anomalie anatomique, physiologique, intellectuelle ou émotionnelle
Limitation fonctionnelle	Fonctionnement sensorimoteur de l'organisme, efficacité de l'adaptation psychologique au stress de la vie, et capacités intellectuelles et de raisonnement
Incapacité (handicap) ²¹	Limitations dans l'exercice des rôles et activités sociaux par rapport au travail, à la vie familiale ou à la vie autonome.

¹⁷ Le mot stigmate sert à désigner un attribut qui jette un discrédit, c'est dans le cadre des relations sociales que E. Goffman l'étudie.

¹⁸ E. Goffman, 1975, *op. cit.*, p. 40.

¹⁹ S. Nagi, (1965), « Some conceptual issues in disability and rehabilitation », in *Sociology and Rehabilitation*, Washington, ed. Sussman M.B., American sociological association, p. 100-113, cité par P. Fougeyrollas, « Changements sociaux et leurs impacts sur la conceptualisation du processus de handicap », in revue *Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux*, 9 (2-3) : 7-13, 1998.

²⁰ Cité par P. Fougeyrollas, 1998, *op. cit.*

²¹ Alors qu'en France le terme handicap désigne l'ensemble des termes définis par S. Nagi, les anglo-saxons réservent l'utilisation du terme handicap aux conséquences sociales générées par la déficience et la limitation fonctionnelle.

Dans le cadre défini par S. Nagi, le phénomène handicapant s'inscrit dans un schéma dynamique qui intègre les caractéristiques de la personne ainsi que les conséquences sociales qu'elles entraînent. Il dissocie la déficience et la limitation fonctionnelle qui correspondent aux attributs personnels, de l'incapacité liée aux conséquences sociales. En posant cette distinction, il remet en question le lien causal établi par le modèle biomédical couramment admis selon lequel le handicap relève de problèmes intrinsèques à la personne. Pour lui, les conséquences sociales du handicap dépendent de la façon dont la société appréhende le handicap : « il n'y a pas de relations causales linéaires entre les limitations fonctionnelles et l'impact social sur les activités et les rôles. »²² En cela, S. Nagi apparaît comme un précurseur, car cette forme de conceptualisation ne sera entérinée par l'OMS qu'en 2001. Entre temps, le modèle médical va rester la référence et donner lieu à une première conceptualisation du handicap

4.2.3 La Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps de l'Office Mondial de la Santé (OMS)²³

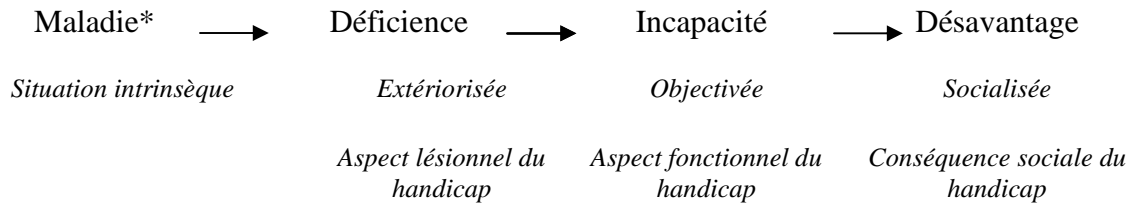
C'est en 1980 que P. Wood fait aboutir pour l'OMS une nomenclature permettant de donner corps au terme trop vague de handicap²⁴. S'inspirant en partie du cadre conceptuel construit par S. Nagi, il décline le handicap à partir de trois axes : les *déficiences*, les *incapacités* et les *désavantages*. La nomenclature qui en découle prend en compte les circonstances dans lesquelles se trouve l'individu (et non pas l'origine du handicap) et les conséquences des déficiences sur la vie du sujet. Mais l'emprunt s'arrête là, P. Wood n'a pas été jusqu'à intégrer la dimension sociale du handicap ; la nomenclature qu'il élabore reste enfermée dans le modèle médical. Dans ce modèle, le handicap est perçu comme un attribut de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme, qui nécessite des soins médicaux fournis sous forme de traitement individuel par des professionnels de la santé. Les soins médicaux sont perçus comme étant la question centrale et, au niveau politique, la principale réponse est de faire évoluer les politiques de santé. L'apport de la classification de P. Wood est d'aller au-delà du diagnostic, et de proposer un ordonnancement explicatif de la pathologie à des séquelles significatives et persistantes d'un événement pathologique.

²² P. Fougeyrollas, 1998, *op. cit.*

²³ Ce paragraphe regroupe des informations issues de différentes sources : A. Triomphe, 1995, *op. cit.* ; l'arrêté du 9 janvier 1989 NOR:MENS8950092A ; l'Enquête HID de l'Insee – Objectifs et schéma organisationnel, 1999, téléchargeable sur le site Internet de l'Insee (<http://www.insee.fr>)

²⁴ P. Wood, 1980, « Comment mesurer les conséquences de la maladie : la classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps », Genève, Bulletin de l'OMS n°34, p. 400-405.

Cette nomenclature repose sur un schéma dit *séquence de Wood* qui distingue la maladie (au sens large) de ses conséquences.



* Les *maladies* sont entendues au sens large : elles regroupent aussi les accidents et les traumatismes moraux ou physiques. Elles sont à l'origine de la séquence de Wood. Elles relèvent du diagnostic et des traitements médicaux.

- Les **déficiences**²⁵ sont définies par l'OMS comme toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elles correspondent à l'aspect lésionnel du handicap. Elles peuvent être temporaires ou permanentes. Les déficiences nécessitent des interventions qui portent sur la personne (rééducation fonctionnelle par exemple). La notion d'invalidité est souvent utilisée pour désigner la déficience.
- Les **incapacités**²⁶ sont des difficultés ou impossibilités à réaliser des actes élémentaires (se lever, marcher, mémoriser, etc.) ou complexes (se vêtir, téléphoner, etc.). Elles peuvent nécessiter des aides techniques. Elles correspondent à l'aspect fonctionnel du handicap. Les incapacités peuvent résulter d'une ou plusieurs déficiences : une déficience motrice des membres inférieurs peut entraîner des incapacités liées à la locomotion (marcher, monter les escaliers, etc.).

²⁵ Sont regroupées dans cet axe : Les déficiences intellectuelles (elles comprennent celles de l'intelligence, de la mémoire et de la pensée) ; les autres atteintes du psychisme (tels que les troubles de la perception ou de l'attention, de l'émotion, etc.) ; les déficiences du langage et de la parole (concernent les atteintes de la communication orale et écrite non liées à une déficience intellectuelle) ; les déficiences de l'appareil auditif ; les déficiences de l'appareil oculaire ; les déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles ; les déficiences motrices ; les déficiences esthétiques ; les déficiences liées à des causes générales : (problèmes de taille, poids, douleurs, etc. anormaux).

²⁶ Sont regroupées dans cet axe les incapacités concernant : le comportement, la communication, la locomotion, les manipulations, les soins corporels, d'utiliser son corps dans certaines tâches, révélés par certaines situations, la résistance physique.

- Les **désavantages**²⁷ désignent les difficultés ou impossibilités que rencontre une personne à remplir des rôles sociaux auxquels elle peut aspirer ou que la société attend d'elle : suivre une scolarité, accomplir un travail, communiquer avec les autres, etc. Ils se situent à l'intersection de l'environnement naturel ou social de la personne, et des caractéristiques propres à l'individu. Pour prendre un exemple, une personne en fauteuil roulant pourra ne pas être désavantagée dans le domaine de l'emploi si les transports pour se rendre à son lieu de travail lui sont accessibles sans difficulté et si son poste de travail, aménagé, ne comporte pas d'obstacle particulier.

De cette nomenclature découle la *Classification Internationale des Handicaps* (CIH)²⁸ qui, à compter du début des années 1980, devient la référence internationale utilisée pour décrire les handicaps dans les travaux statistiques et les études²⁹. Elle constitue le premier langage commun international pour les collecteurs et utilisateurs d'informations statistiques sur les populations handicapées. De plus, cette façon de décrire le processus handicapant permet de donner une représentation à partir de laquelle il est alors possible d'orienter les politiques sociales et de santé, car elle montre qu'on dispose d'une batterie d'actions possibles pour réduire le handicap :

- la recherche et les soins médicaux pour guérir ou prévenir la maladie ;
- la mise au point et à disposition de prothèses pour réduire une déficience ;
- la diffusion d'aides techniques ou l'apport d'aide humaine pour la réalisation des tâches quotidiennes (une baignoire adaptée aux difficultés d'une personne âgée, une aide-soignante pour la toilette matinale...);
- une action environnementale (aménager les rues, les transports, les postes de travail...).

Toutefois, la CIH n'a pas résisté aux influences que constituent les facteurs environnementaux et culturels vis-à-vis des désavantages. C'est ainsi que le ministère français de la Santé a produit une version nationale (arrêté du 4 mars 1988)³⁰ ayant pour but de servir

²⁷ Sont regroupées dans cet axe la perte : d'indépendance physique (elle renvoie à la capacité d'un individu à poursuivre habituellement une existence indépendante) ; de mobilité (la mobilité est la capacité d'un individu de se mouvoir efficacement dans son environnement) ; d'occupation (l'occupation est la capacité d'un individu d'occuper son temps comme les personnes de son sexe, son âge et sa culture) ; de scolarité ; de travail ; d'intégration sociale.

²⁸ « Classification internationale des handicaps : déficiences incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies », INSERM - Organisation mondiale de la santé.

²⁹ Avant sa publication, cette nomenclature va être mise en discussion par les professionnels des maladies psychiques qui produiront leur grille pour les troubles mentaux. Les professionnels intervenant dans le champ de la réadaptation utiliseront le modèle élaboré par S. Nagi. En conséquence, la CIH ne sera utilisée que tardivement aux États-Unis (milieu des années 1990).

³⁰ Cette nomenclature a été révisée le 9 janvier 1989 : Nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages, NOR:MENS895002A.

de cadre de référence à l'ensemble des enquêtes statistiques. Cette nomenclature, s'inspire étroitement de la classification internationale des handicaps, « elle en suit les principes généraux et, en particulier, l'organisation selon trois axes : l'axe des déficiences, l'axe des incapacités, l'axe des désavantages (traduction française du terme anglo-saxon 'handicap'). »³¹ La nomenclature française est très proche de celle de l'OMS, elle reprend les définitions de la déficience, l'incapacité et le désavantage élaborées par l'OMS. Une différence existe cependant quant à l'utilisation du terme handicap : alors que dans les pays anglo-saxons le terme handicap ne recouvre que le troisième axe de la nomenclature (celui des désavantages), son utilisation en France recouvre les trois axes de la CIH (déficience, incapacité et désavantage). Entre cette nomenclature et la classification internationale des handicaps, il existe d'autres différences : « En particulier, les troubles de l'orientation figurent uniquement dans les incapacités (alors que la CIDIH [CIH] les décrit à la fois dans les incapacités et dans les désavantages). D'autre part, dans les désavantages, le chapitre relatif aux occupations a été scindé en trois : occupations sans précision, scolarité, travail. »³²

Au-delà des adaptations nationales dont elle a pu faire l'objet, dès son adoption, la logique linéaire sous-tendant la CIH va être contestée. Si l'intérêt de la CIH est de considérer le handicap comme un processus, les débats qui vont la concerner vont porter sur la linéarité du modèle et les incidences que cette approche du processus handicapant entraînent. Pour les opposants à la CIH, le modèle proposé par P. Wood sur les conséquences de la maladie permet certes de bien distinguer les déficiences, les incapacités et les désavantages en tant que concepts, mais il ne fournit pas d'information adéquate sur les liens qui existent entre eux. Elaborée par une équipe de médecins³³, son approche reste inscrite dans le modèle médical et évacue le rôle de l'environnement dans la production du handicap. Un aspect important de la révision de la CIH consistera à clarifier le rôle et les interactions des facteurs environnementaux dans la définition des différents concepts abordés dans la CIH, et principalement, mais non exclusivement du désavantage.

³¹ Annexe de l'arrêté du 9 janvier 1989, NOR:MENS895002A.

³² *Ibid.*, Annexe de l'arrêté du 9 janvier 1989, NOR:MENS895002A.

³³ P. Wood s'est basé sur sa propre expertise de médecin rhumatologue et sur celle de collaborateurs experts de diverses spécialités médicales pour établir la nomenclature.

4.3 REPENSER LE HANDICAP : DU MODELE MEDICAL A CELUI DE LA RECONNAISSANCE DES DROITS

Le rôle des associations de personnes handicapées dans cette contestation va être déterminant pour la prise en compte de la défense des droits des personnes handicapées. Elles ont été parmi les premières à rejeter le modèle conceptuel proposé par la CIH fondé sur un « modèle individuel » (modèle médical) qui évacue le rôle de l'environnement dans la définition du handicap.

4.3.1 Le rôle des associations dans la défense d'une définition politique du handicap.

Dans les années 1960, émerge aux États-Unis le mouvement pour les droits des personnes handicapées (independent living). Ce mouvement va se renforcer les décennies suivantes par le double effet de diffusion de représentations nouvelles sur les attentes des personnes handicapées et d'une augmentation mécanique de leur nombre suite à la guerre du Vietnam. Les associations de personnes handicapées ouvrent un débat au sujet de leur intégration dans la société qui met en exergue deux constats :

- Du fait d'un héritage historique du traitement du handicap – dont le trait le plus apparent est un héritage d'oppression et de domination par le milieu médical et de réadaptation – aucune structure n'est prévue pour permettre aux personnes handicapées de vivre de façon autonome. En effet, aux États-Unis le système de réadaptation des années 1950 et 1960 a une forte composante médicale et la prise en charge institutionnelle, solution proposée par le paradigme de la réadaptation et notamment la relation patient/médecin (ou professionnel), induit une relation de domination.
- Il en découle en second constat : à l'inverse des personnes valides, les personnes handicapées ne peuvent pas jouir de leurs droits fondamentaux car ils ne sont pas respectés.

Pour donner du poids à ces revendications, le mouvement associatif s'inspire des thèmes et stratégies développées pour la promotion des droits des minorités : les personnes handicapées ont forgé une identité de groupe basée sur la condition de personne handicapée et vont revendiquer la reconnaissance de leur handicap en tant que partie intégrante de leur identité. Le concept de « vie indépendante » (independent living) est conçu comme une option de service distincte sans objectifs professionnels immédiats : il renvoie aux services médicaux et sociaux qui permettent à une personne de vivre dans la communauté sans emploi rémunéré. Dans ce contexte, ce sont les personnes handicapées qui prennent la responsabilité et le contrôle des décisions qui affectent leur propre vie, deviennent autonomes et participent pleinement et en toute égalité à la société. Ceci inclut la possibilité de

grandir dans leur famille, d'aller à l'école de leur quartier, d'utiliser les bus ordinaires, d'être employés selon leur formation et leurs capacités, de pouvoir accéder, à égalité de droits, aux mêmes services et organismes de la vie sociale que les personnes valides, aux mêmes activités culturelles et aux mêmes loisirs.

La structuration des différents mouvements associatifs va aboutir à la création en 1980 de l'Organisation Mondiale des Personnes Handicapées³⁴ (OMPH, Traduction française de D.P.I., Disabled People International) aux États-Unis. L'une des stratégies clef de l'OMPH est le renforcement de la capacité d'entraide des personnes handicapées entre elles (peer support), et ceci afin qu'elles deviennent les défenseurs efficaces de leurs propres droits et défient les stéréotypes sociaux dominants. L'OMPH défend un objectif de pleine participation des personnes handicapées et a œuvré pour l'égalisation des droits et des chances, le respect de soi – la dignité – et l'autodétermination. Rapidement, la revendication de changement politique va prendre le dessus sur les autres combats, la principale revendication est celle d'une meilleure dignité des personnes handicapées. Ces efforts se sont surtout déployés en direction de l'ONU, avec qui l'OMPH (qui a un statut consultatif auprès du Conseil social et économique de l'ONU) a élaboré la déclaration des *Droits de l'Homme et de l'invalidité* (1988) pour aboutir à l'adoption, en 1993, des *Règles pour l'Égalisation des Chances pour les personnes handicapées*.

L'action de l'OMPH va être déterminante dans la reconnaissance d'une définition politique des droits des personnes handicapées et dans la transformation des représentations associées à ces dernières. Le principal message porté par l'OMPH est de rappeler que les personnes handicapées ont toujours été mises à l'écart de la société (prise en charge dans des institutions spécialisées, discrimination négative, etc.), ce qui les a privées de leurs droits. Les débats qui sont nés de cette contestation ont permis de faire émerger de nouvelles représentations des droits des personnes handicapées en mettant en avant la responsabilité des sociétés dans la production du handicap et en affirmant l'incapacité des sociétés à prendre en compte les besoins de tous les citoyens.

4.3.2 Le modèle social : un nouveau cadre pour penser le handicap

L'approche défendue par l'OMPH relève d'un modèle socio-environnemental qui avance, comme facteur explicatif du handicap, la structure sociale (au sens large de système de prise en charge du handicap et des attitudes sociales). Les problèmes liés au handicap sont perçus comme étant surtout des problèmes créés par la société, et principalement comme une question d'intégration complète des individus dans celle-ci.

³⁴ l'OMPH est un réseau d'organismes qui représentent 10 à 20 millions de personnes handicapées sur les 500 millions que compte la planète.

C'est le modèle revendiqué par les adhérents de l'OMPH. Ce modèle peut se décliner en deux sous modèles :

	Modèle social (socio-environnemental) ³⁵	
	<i>Environnemental</i>	<i>Droits de l'homme</i>
Traitement	Adaptations, « accessibilisation »*, services de soutien	Règles politiques et sociales communes (droits fondamentaux)
Prévention	Elimination des barrières sociales	Reconnaissance de la responsabilité sociale
Responsabilité sociale	Elimination des obstacles physiques, culturels, etc.	Réduction des inégalités, droit à la pleine citoyenneté.

* : terme qui met l'accent sur l'élimination des barrières et obstacles (matériels, économiques).

Le *modèle environnemental* met l'accent sur les déterminants environnementaux des situations de handicap : accessibilité, culture, interactions sociales, etc.

Le modèle *des droits de l'homme* aborde les questions de discrimination et d'égalité des chances : « le handicap y a pour déterminants premiers des règles sociales (lois, règlements...) inadaptées, mettant les personnes 'différentes' en situation d'inégalité des chances »³⁶. Ce modèle pose les droits de l'homme comme fondement légal pour supprimer toute discrimination. En cas de violation de ces droits, le recours en justice est préconisé.

Ce modèle repose sur trois postulats :

- La différence n'est pas innée mais socialement construite. Elle se matérialise par un étiquetage (invalide, personne handicapée, etc.) en vertu de normes tacites tel qu'être valide.
- La norme en fonction de laquelle la personne est étiquetée n'est pas choisie sur des bases neutres, mais selon un modèle dominant, en l'occurrence celui des valides.
- Cet étiquetage est un moyen efficace pour séparer et tenir à l'écart ceux auxquels on l'applique. En effet, tous les accès aux structures de la vie quotidienne sont déterminés en fonction de la norme dominante.

³⁵ J.-F. Ravaud, 1999, *op. cit.*, p. 64-75 ; « Les enjeux de la CIH », *Actes de la journée d'études du CNTNER-HI du 22 octobre 1988*, n° 81.

³⁶ M. Delcey, 2002, « Notion de situation de handicap (moteur). Les classifications internationales des handicaps », in *Déficiences motrices et situations de handicaps*, éd. APF, p. 8

La critique faite au modèle de la CIH, par les tenants du modèle des droits de l'homme est de trop s'appuyer sur des déterminants médicaux individuels. La conséquence en est une conception de solutions s'adressant à la personne handicapée en termes de rééducation, réadaptation vis-à-vis d'une société dont elle s'écarte. Comme le souligne P. Fougeyrollas : ceux qui adhèrent à la CIH appellent maladie chronique ce qui est lié causalement aux désavantages que subissent les personnes ayant des incapacités. Ceux qui adhèrent au modèle des droits de l'homme réfutent un tel lien causal, pour eux le handicap est totalement et exclusivement social. Ces deux approches ont cependant un point commun : considérer le handicap comme un processus.

Selon ce modèle, le handicap est avant tout une question de choix politique³⁷. Pour les promoteurs du modèle social, le handicap « est une conséquence des difficultés d'organisation sociale à prendre en compte les besoins différents des personnes ayant des incapacités et à éliminer les obstacles auxquelles elles font face. »³⁸ Le handicap n'est pas un attribut de la personne, mais plutôt un ensemble complexe de situations, dont bon nombre sont créées par l'environnement social. Ce modèle insiste sur les causes socio-environnementales des situations vécues par un membre différent de la communauté. Dans cette approche, le lien entre le corps (porteur de la déficience) et la situation sociale est rompu (ce que S. Nagi avait déjà posé comme principe). Restent au final les questions de discrimination et de préjugés³⁹. Ainsi, la solution au problème exige-t-elle que des mesures soient prises dans le domaine des politiques sociales, et c'est à l'ensemble de la société qu'il revient d'apporter les changements environnementaux nécessaires pour permettre aux personnes handicapées de participer pleinement à tous les aspects de la vie sociale. La solution est donc une question d'attitude ou d'idéologie qui nécessite un changement de société ce qui, au niveau politique, devient une question de droits de la personne humaine.

À l'inverse du modèle médical qui a tendance à faire de l'individu un problème et à le considérer comme objet clinique, le modèle des droits de l'homme se fonde d'abord sur la dignité inhérente à l'être humain : il situe le problème dans la société et non dans la personne. Dans ce cas, le problème que pose le handicap tient au fait que ni l'État, ni la société ne tiennent compte de la différence induite par un handicap : « en réglementant les conditions d'accès et de participation aux activités de la vie courante, la société a ignoré ou écarté la différence induite par l'invalidité, excluant ainsi dix pour cent des membres d'une population donnée. Ce faisant, elle n'a pas seulement agi de façon irrationnelle, elle a por-

³⁷ CIH-2, Project final, version complète, 2000, p. 8.

³⁸ P. Fougeyrollas, 1998, *op. cit.*

³⁹ P. Fougeyrollas, reprend ici les idées de G. Williams, « Disablement and the ideological crisis », in *Health Care, Social science and medicine*, n° 33(4), 1991, p. 517-524, et T. Shakespeare, T. Watson, « Defending the social model », in *Disability and society*, vol. 12, n° 2, 1997, p. 293-300, P. Fougeyrollas, 1998, *op. cit.*

té atteinte au principe de dignité inhérente à tous les êtres humains. »⁴⁰ Il s'ensuit que l'État doit traiter les obstacles d'origine sociale pour garantir à tous le respect de leur dignité et l'égalité des droits. La notion d'égalité des droits part du principe que non seulement tous les êtres humains ont une valeur intrinsèque inestimable, mais qu'ils sont intrinsèquement égaux, quelles que soient leurs différences. Selon ce principe, une société égalitaire est une société qui adopte une attitude constructive à l'égard des différences entre les hommes.

En 1991 le Forum des associations représentatives des personnes handicapées propose une définition du handicap qui résume ce point de vue : « Le handicap apparaît dans l'interaction entre la déficience, la limitation fonctionnelle et une société qui produit des barrières empêchant l'intégration. »⁴¹ Les associations de personnes handicapées vont largement contribuer à diffuser cette conception en mettant en exergue leur revendication à jouir de leurs droits pour être des citoyens à part entière et l'urgence de transformer les représentations négatives associées aux personnes handicapées. L'objectif ultime du modèle fondé sur les droits de l'homme est de construire des sociétés pour lesquelles les différences sont une richesse et qui respectent les principes de dignité et d'égalité de tous les êtres humains, quelles que soient leurs différences. À cet égard, le débat sur les droits des personnes handicapées doit être rattaché à un autre débat, plus général, portant sur la place que la société fait au droit à la différence⁴².

4.4 TRANSFORMATION DES MODELES CONCEPTUELS ET RESISTANCE DES MILIEUX SCIENTIFIQUES

C'est au cours des années 1980 qu'un changement radical va s'opérer : les défenseurs du modèle des droits de l'homme, vont parvenir à imposer leur vision du processus handicapant et à détrôner le modèle médical. Ce revirement de paradigme introduit une inversion dans la façon d'appréhender les problèmes que rencontrent les personnes handicapées : en accédant au statut de sujet et en quittant celui d'objet (médical), elles deviennent les titulaires de droits. Au niveau politique, le débat qui se poursuit sur les droits des personnes handicapées ne concerne pas tant la jouissance de droits spécifiques, que la nécessité de leur garantir la jouissance effective de tous les droits de l'homme, sans discrimination aucune. Les défenseurs de ce modèle visent à faire admettre que les personnes handicapées ont une place légitime dans la société, et que devenir indépendant et participer à la vie collective dans des conditions égalitaires est un droit. Le processus visant à garantir

⁴⁰ G. Quinn, T. Degener *et alii*, « Droits de l'homme et invalidité », New-York et Genève, Nations Unies, HR/PUB/02/1, 2002, p. 12.

⁴¹ Cette définition sous-tend actuellement tous les modèles proposés pour rendre compte de la complexité de la notion de handicap.

⁴² Voir à ce propos l'ouvrage de C. Taylor, 1994, *op. cit.*

aux personnes handicapées la jouissance de leurs droits fondamentaux procède donc des valeurs qui sous-tendent les droits de l'homme : la dignité de tout être humain, les principes d'autonomie, de libre disposition de soi et d'autodétermination. Le respect de ces valeurs implique que les personnes handicapées soient placées au centre de toutes les décisions les concernant et que soit reconnue leur égalité intrinsèque. L'appropriation de cette approche par les milieux scientifiques ayant traditionnellement en charge l'élaboration du concept de handicap ne s'est pas fait dans la même temporalité que sur la scène publique internationale.

Les temporalités entre les milieux scientifiques et politiques divergent sensiblement, pour les premiers la modification de leur modèle suppose la prise en compte de la dimension environnementale et la recherche de nouvelles variables pour tenter de modéliser cette nouvelle approche du handicap. Pour les seconds, c'est au cœur de plusieurs organes internationaux que la défense d'un modèle fondé sur les droits va modifier la philosophie des textes encadrant la gestion du handicap.

4.4.1 La résistance des milieux scientifiques français

La prise en compte du modèle des droits de l'homme par le milieu médical ne va pas se réaliser aussi rapidement que dans le milieu politique. Historiquement, l'ensemble des pays appuie leur connaissance du handicap sur des laboratoires à forte dominante de professions médicales ce qui induit la prédominance du modèle médical dans leurs approches. Comment intégrer les droits de l'homme dans des schémas à dominante médicale ? La première opération va consister à contourner l'obstacle que constitue l'intégration de valeurs morales dans des modélisations à dominantes médicales en intégrant de nouveaux éléments de compréhension du processus handicapant relatif à l'environnement physique.

➤ *Pierre Minaire : le précurseur d'un modèle conceptuel environnemental*

Faisant figure de précurseur dans le paysage français, à la fin des années 1970 Pierre Minaire⁴³ (physiatre⁴⁴) crée le concept d'*handicap situationnel* dans lequel une situation correspond à « toutes les relations concrètes qui, à un moment donné, unissent un sujet ou groupe au contexte dans lequel il doit vivre et réagir. »⁴⁵ En septembre 1984 il réalise une étude fonctionnelle d'une population à Saint-Cyr-Sur-Le-Rhône (commune de 532 habitants) qui va lui donner l'occasion de mettre en évidence les difficultés concrètes que ren-

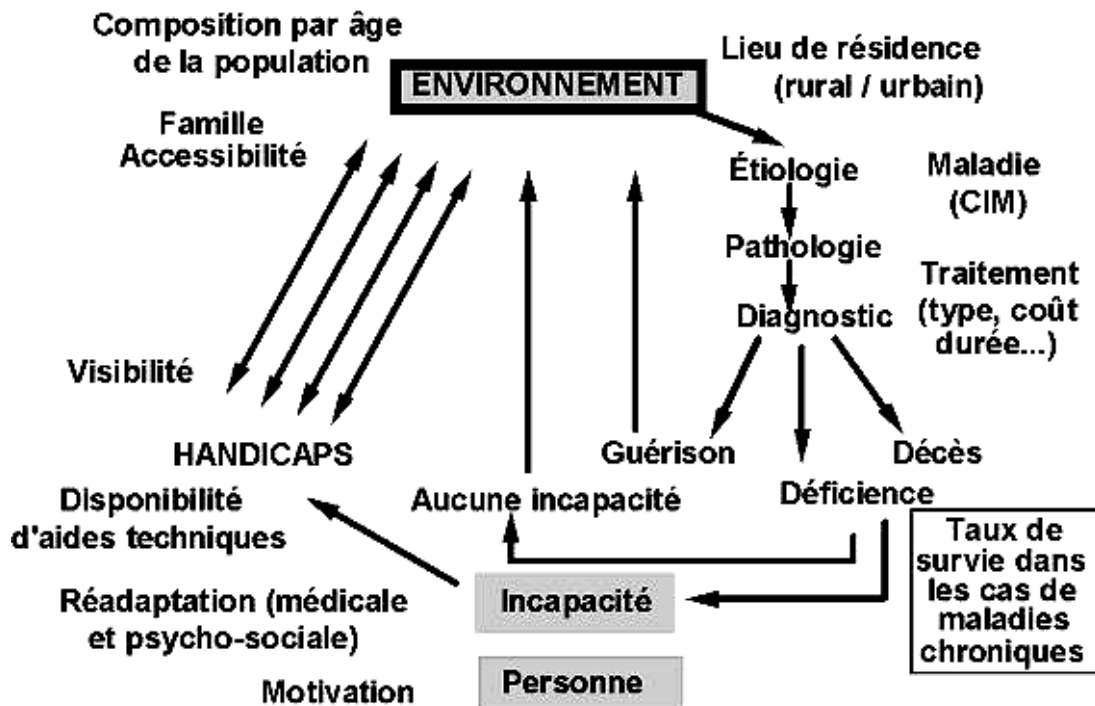
⁴³ P. Minaire, « Disease, Illness and Health : the critical models of the disablement process », *Bulletin of the World Health Organization*, 70 (3), 1991, p. 373-379, cité par P. Fougeyrollas, 1998 et M. Delcey, 2002, *op. cit.*

⁴⁴ La physiothérapie est la spécialité médicale qui a pour objet l'évaluation et la rééducation fonctionnelle ainsi que le diagnostic et le traitement médical des pathologies de l'appareil locomoteur.

⁴⁵ P. Minaire *et alii*, 1991, cité par P. Fougeyrollas, 1998, *op. cit.*

contrent les personnes atteintes de limitations motrices. Dans cette approche, il aborde le handicap par rapport à des situations concrètes : il fait passer à la quasi totalité des habitants de cette commune une série de tests d’ambulation, de préhension, de communication et de microsituations : descendre trois marches, placer un ticket de métro dans une fente, etc.⁴⁶ En 1991, il publie une modélisation dans laquelle il intègre les facteurs environnementaux. Ce modèle situe la personne handicapée en prenant comme point d’observation les interactions entre elle et l’environnement. Les résultats qu’il obtient démontrent le rôle de l’environnement dans la production du handicap. Selon cette modélisation, le handicap est le résultat d’une confrontation entre l’incapacité de la personne et la situation environnementale : une personne est handicapée, non pas dans l’absolu mais, par rapport à une situation. Pour P. Minaire non seulement la dimension situationnelle complète les trois dimensions du modèle proposé dans la CIH, mais elle va plus loin en remettant en cause la linéarité de la séquence de P. Wood, qui ne correspond pas, selon cette approche, à la réalité des situations de handicap⁴⁷. Dans ce modèle, le handicap n’est pas une caractéristique intrinsèque de la personne mais résulte de son interaction avec son environnement.

Schéma du processus handicapant selon P. Minaire 1992



⁴⁶ J.-F. Ravaut *et alii*, « Epidémiologie des handicaps moteurs et données sociales de base », *Déficiences*

Mais P. Minaire reste un précurseur ignoré en France et c'est du Québec que va venir l'impulsion qui permettra aux scientifiques français d'intégrer les valeurs véhiculées par le modèle des droits de l'homme.

4.4.2 La politique québécoise : les bases de l'impulsion internationale

En 1975, le gouvernement du Québec présente un projet de loi visant à assurer la protection des personnes handicapées. C'est l'occasion pour le mouvement associatif, dans le champ du handicap, d'accroître tant son unité, sa force que sa visibilité. Travaillant jusqu'alors principalement à la revendication des droits pour chacun de leur groupe de façon isolée, un front commun est formé visant la défense des droits des personnes handicapées en opposition au projet de protection gouvernementale. Après deux années de mobilisation, le gouvernement abandonne son premier projet et publie simultanément au printemps de 1977, un énoncé de politique à l'égard des personnes handicapées (MAS, 1977) ainsi que le projet de loi visant à favoriser l'intégration sociale. Dans ces textes, la notion de « normalisation » remplace celle de « protection ». Abandonnant la perspective réductrice du reclassement professionnel issue de l'équivalence handicap = incapacité de travail, le gouvernement adopte une perspective globale d'intervention tenant compte aussi bien de la prévention que de l'intégration sociale, scolaire et professionnelle en passant également par la réadaptation des personnes handicapées. Résultat d'un débat de société extrêmement riche, le projet est adopté, en 1978, à l'unanimité par l'Assemblée nationale du Québec sous le titre de *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*⁴⁸. En adoptant cette loi en 1978, le gouvernement du Québec crée l'Office des personnes handicapées du Québec⁴⁹ (OPHQ) dont le premier mandat consiste à faire un état des lieux des besoins des personnes handicapées et d'élaborer une politique d'ensemble. La recherche de réponses à ces besoins doit tenir compte de la nouvelle forme revendicative des personnes handicapées qui peut se résumer ainsi : « Ce n'est pas parce que je suis un corps différent que je dois être handicapé ». L'approche choisie doit tenir compte des facteurs environnementaux et va se centrer « sur les sources de discrimination et d'exclusion sociale générées par les barrières architecturales, l'absence de service à domicile ou de transport, les sources de revenu inadéquates, les préjugés, etc. »⁵⁰ Rapidement l'équipe de l'OPHQ est confrontée à l'absence de données et la difficulté d'identifier les personnes handicapées, et cherche un

motrices et situations de handicap, éd. APF, 2002, p. 27.

⁴⁷ P. Fougeyrollas, 1998, *op. cit.*, p. 4.

⁴⁸ *Ibid.*, P. Fougeyrollas, 1998, p. 5-7.

⁴⁹ OPHQ est un organisme gouvernemental doté d'un mandat de coordination interministérielle.

⁵⁰ P. Fougeyrollas, 1996, cité par M. Delcey, 2002, *op. cit.*, p. 6.

cadre conceptuel de référence qui lui permette de construire un outil statistique permettant de repérer le nombre et les besoins des personnes handicapées. Si dans un premier temps la CIH semble pouvoir apporter ce cadre⁵¹, la linéarité du modèle entre en contradiction avec une approche systémique mettant en jeu les personnes et leurs interactions avec leur environnement. La proposition de politique d'ensemble faite par l'OPHQ est le résultat d'une large consultation, d'une participation à part égale des administrateurs et des administrés, les personnes handicapées. L'OPHQ propose une approche du handicap qui s'appuie sur un changement social d'envergure : « Avoir une déficience, ce n'est pas forcément un handicap ! Le handicap, c'est de ne pas pouvoir travailler, étudier, se distraire, communiquer avec les autres. Les personnes handicapées peuvent s'intégrer à la société. Il suffit d'y penser, d'aménager, d'organiser. Pour y arriver, l'Office des personnes handicapées du Québec propose À PART... ÉGALE. »⁵² Ainsi, « d'emblée, un changement conceptuel est opéré en traduisant ce cadre conceptuel en modèle de planification des politiques, et on identifie l'intervention sur les handicaps comme devant être les actions multisectorielles de changement social favorisant l'intégration. »⁵³

Modèle d'intervention « À part...égale » et processus de construction du handicap
Fougeyrollas, Gadreau et Zawilski, 1983

Groupes de population	Causes (facteurs de risque)	Prévention, dépistage
Organe ou fonction	Déficiences	Diagnostic et traitement
Personne/activités quotidiennes	Incapacités ou limitations fonctionnelles	Adaptation réadaptation
Personne / rôles sociaux et organisation socioculturelle	Handicaps	Suppression des obstacles sociaux à l'intégration
Action environnementale	- Services éducatifs - Travail - Résidence - Maintien à domicile - Soutien à la famille - Transports - Loisirs	- Accessibilité - Architecture - Environnement - Communication - Vie sociale et associative - Sécurité du revenu

⁵¹ Sur proposition de P. Fougeyrollas, le Québec est un des premiers États à avoir utilisé la CIH (avant même sa publication officielle) pour la politique et l'organisation des services aux personnes handicapées.

⁵² Extrait de la présentation du programme politique A part égale, accessible via Internet <http://www.ophq.gouv.qc.ca>

⁵³ P. Fougeyrollas, 1996, cité par M. Delcey, 2002, *op. cit.*, p. 6.

Le caractère novateur de la politique québécoise « À part égale » donne à l'équipe de l'OPHQ une visibilité dans les forums internationaux. C'est l'occasion pour eux de constater que la CIH n'a que très peu de lisibilité en Europe : ceux qui l'utilisent font figure de pionniers et sont isolés. De plus, il n'existe aucun réseau de mise en commun sur son utilisation. En 1986, est fondé le *Comité Québécois sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps* qui reçoit mandat international pour proposer une révision du concept de handicap ou désavantage social (troisième domaine conceptuel de la CIH). Sa mission est alors de promouvoir la connaissance, l'application, la validation et l'amélioration de la CIH publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1980. L'objectif est de participer à l'élaboration et à la promotion d'un « langage harmonisé » commun à différentes professions concernées par les « conséquences des maladies et traumatismes ». À la fin des années 1980 les conditions sont réunies pour amorcer une réflexion internationale en vue de réviser la CIH. Le Comité québécois est organisateur d'une rencontre internationale sur la CIH qui va constituer le point de départ d'une concertation internationale sur l'amélioration de la compréhension du processus de handicap et l'éventuelle révision de la CIH⁵⁴. C'est lors de rencontres internationales que l'OPHQ va pouvoir nouer des liens avec des centres de recherche européens (dont le centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations – CTNERHI – pour la France) et diffuser l'idée selon laquelle la CIH doit être mise en débat par la communauté scientifique et être améliorée pour intégrer la dimension environnementale. C'est à partir de ce mandat que débutent les travaux qui aboutiront en 1996 à la publication de la classification québécoise : *Processus de production des handicaps (PPH)*⁵⁵, modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes par rapport à l'intégrité ou au développement de la personne⁵⁶.

Les travaux de recherche, débutés en 1988 sous la direction de P. Fougeyrollas conduisent dans un premier temps, en 1989, à la proposition d'une « Nomenclature des habitudes de vie », puis d'une « Nomenclature des facteurs éco-sociaux » et, enfin, d'une « Classification des fonctions du corps »⁵⁷. En 1991, le Comité québécois publie une première version complète de la Classification : processus de production du handicap. Les

⁵⁴ Sur la base du constat du caractère « inadéquat et embryonnaire » du troisième niveau de la CIH ainsi que de la nécessité d'une prise en compte des « dimensions environnementales, sociales et physiques », le Comité québécois et l'Office des personnes handicapées du Québec recevaient mandat de proposer des améliorations du troisième niveau de la CIH

⁵⁵ *Ibid.*, P. Fougeyrollas *et alii*, 1996, cité par M. Delcey, 2002, p. 11.

⁵⁶ *Ibid.*, P. Fougeyrollas, 1996, cité par M. Delcey, 2002.

⁵⁷ P. Fougeyrollas *et alii*, 1989, « Consultation proposition d'une révision du 3ème niveau de la CIDIH : le handicap » Réseau international CIDIH, Vol. 2, n° 1, 1989, p. 9-29. Cité par C. Rossignol *et alii*, « Classification québécoise dite 'Processus de production du handicap', analyse textuelle, conceptuelle et formelle », rapport d'expertise, CNRS, université de Provence, 2000, p. 3.

auteurs⁵⁸ de cette publication disent se situer dans la perspective d'une contribution au processus de révision de la CIH. Mais, tout en participant d'une même démarche, la « Classification québécoise » apparaît plutôt comme une proposition alternative à la CIH que comme une contribution à sa « révision ». Elle se situe de fait en concurrence plutôt qu'en complémentarité⁵⁹ de cette dernière qui, – souvent à juste titre –, fait par ailleurs l'objet de nombreuses critiques⁶⁰. À partir de 1989, la nomenclature s'enrichit d'un certain nombre de concepts permettant d'inclure la dimension sociétale du handicap est produit : On peut citer celui d'*habitudes de vie* dont la définition inclue autant les activités quotidiennes et domestiques que les rôles sociaux ; celui de *facteur environnemental* ; ainsi que les critères qualitatifs d'*obstacles* et de *facilitateurs*, etc.

- *Habitude de vie* : activité courante ou rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âges, sexe, identité socioculturelle, etc.). Une habitude de vie est la performance d'une activité sociale en milieu réel de vie, c'est la rencontre de la personne et de son environnement. La qualité de la réalisation d'une habitude de vie se mesure sur une échelle allant de la pleine participation sociale à la situation de handicap totale.
- *Facteur environnemental* : recouvre une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société. Un facteur environnemental se mesure pour une personne ou une population. La qualité d'un facteur environnemental se mesure sur une échelle allant du facilitateur optimal à l'obstacle complet.
- *Facteur personnel* : caractéristique appartenant à la personne, telles que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc.

Il propose en 1996 une nouvelle version appelée Processus de production du handicap (PPH). Dans le processus qu'il décrit, une situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles). Le comité poursuit dans le même temps sa participation au processus de révision de la CIH de l'OMS dont il juge l'évolution insuffisante. Avec la version de 1998, le Comité québécois devenu Réseau In-

⁵⁸ P. Fougereyrollas et alii, 1991, « Le processus de production du handicap : analyse de la consultation et nouvelles propositions » Réseau international CIDIH, Vol. 4 n° 1 & 2. cité par C. Rossignol et alii, 2000, *op. cit.*, p. 4.

⁵⁹ Profitant d'un retard du démarrage de la révision de la classification de l'OMS, le Comité québécois et la Société canadienne ont favorisé la diffusion et l'application pratique de leur « Classification » en multipliant les opérations de promotion, « formation », « vulgarisation », *Ibid.*, p. 4.

⁶⁰ *Ibid.*, C. Rossignol et alii, 2000, p. 4.

ternational sur le Processus de Production du Handicap (RIPPH⁶¹) estime avoir achevé sa démarche de recherche et de validation de la Classification québécoise.

Les qualités scientifiques de la classification proposée dans la PPH sont elles aussi sujet à caution. Ces schémas ne constituent ni un « *modèle* » au sens technique du terme, ni une représentation de la structure d'une « *classification* », mais une sorte de méta-texte destiné semble-t-il à pallier l'absence d'énoncé théorique et l'absence d'énoncé des règles de construction de la « *classification* » proposée. Ils sont composés d'un certain nombre de mots censés représenter des « *concepts* » ou au moins des sous ensembles reliés entre eux par des flèches à double sens, elles-mêmes censées symboliser *la dynamique du processus interactif*⁶². Ainsi, à titre d'exemple « le terme *interaction* n'est pas utilisé ici dans un sens technique mais pour désigner une relation de type indéterminé, ni définie, ni définissable. »⁶³ Il ressort des analyses de C. Rossignol que ce texte participe d'une démarche politique et non d'une démarche de connaissance. Il a pour objet de réaliser un consensus le plus large possible entre des intérêts parfois contradictoires (ceux de l'industrie pharmaceutique notamment ; le partage de clientèles, l'orientation vers un service ou un autre est souvent lié à des hypothèses étiologiques. De plus, la « *classification* », est en fait constituée d'un ensemble de cinq documents distincts intitulés « *nomenclatures* » dont aucun ne présente les propriétés formelles d'une classification, etc.⁶⁴ Il n'en demeure pas moins que ces travaux, et l'effort de diffusion dont ils ont fait l'objet, ont permis aux milieux scientifiques français de réagir au modèle initial proposé dans le cadre de la CIH de 1980.

4.4.3 Le changement de paradigme des milieux scientifiques français

À la fin des années 1990, le CTNERHI (centre français collaborateur de l'OMS) abandonne l'orthodoxie biomédicale et adhère au modèle environnemental porté par les Québécois. La diffusion et l'adhésion au modèle social par différents pays (États-Unis, France, Angleterre, Australie, Japon, etc.) va contribuer à modifier les représentations dominantes du handicap à l'OMS.

⁶¹ Le RIPPH, nouvelle dénomination légale du CQCIDIH (Comité québécois sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps) depuis 1997, est un organisme de recherche et de développement des connaissances axé sur le changement social et l'exercice d'une participation sociale optimale pour les personnes ayant des incapacités. Il valorise la prise en compte des facteurs environnementaux comme producteurs de situation d'exclusion sociale pour les personnes différentes dans leurs corps et fonctionnalités. Les objectifs du RIPPH sont, entre autres, promouvoir la connaissance, l'application et la validation du modèle du Processus de production du handicap explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité et au développement de la personne, et de participer largement à la révision de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

⁶² C. Rossignol *et alii*, 2000, *op. cit.*, p. 14 à 15. Pour une analyse critique de la PPH consulter l'ensemble du document.

⁶³ *Ibid.*, C. Rossignol *et alii*, 2000, p. 14.

⁶⁴ *Ibid.*, C. Rossignol *et alii*, 2000, p. 26 et conclusion.

D'autres propositions vont être faites en vue d'apporter une modélisation permettant de mieux appréhender le processus handicapant. On peut citer pour l'Europe, les travaux de C. Hamonet⁶⁵ et d'un groupe de recherche interdisciplinaire, ont abouti à la mise au point d'une modélisation de l'*état de handicap* qui prend en compte la notion de subjectivité. C. Hamonet situe son approche dans le cadre d'une définition de la santé selon laquelle « être un Homme en bonne santé c'est être un Homme qui ne connaît pas de situation de handicap dans la vie. »⁶⁶ En 2001, il publie en collaboration avec T. Magalhaes (Université Porto 3) *le Système d'identification et de mesure des handicaps* (SMIH) qui intègre quatre dimensions : les modifications du corps, les limitations fonctionnelles, les obstacles dans les situations de vie et la subjectivité du sujet vis-à-vis des trois premières dimensions. La SMIH est conçue dans une finalité d'évaluation (en expertise des dommages corporels notamment) : « il y a handicap chaque fois que la personne rencontre, à un moment donné, un obstacle (partiel ou total) dans l'accomplissement d'une ou plusieurs activités. Ces obstacles peuvent être la conséquence d'une modification du corps, des capacités ou de sa subjectivité, mais aussi de situations particulièrement exigeantes ou contraignantes pour l'individu. »⁶⁷ Dans cette approche, la notion de santé « s'articule parfaitement avec celle de handicap et de réadaptation, puisqu'il s'agit de retrouver un équilibre, même précaire, même transitoire, entre les exigences de l'environnement et les aptitudes fonctionnelles de la personne. »⁶⁸ La dimension autoévaluative (subjectivité) de sa situation par la personne handicapée est au centre de ce modèle, elle permet de donner un nouveau sens aux informations et évaluations faites par les professionnels. Ainsi, au modèle tridimensionnel : lésions, fonctions, situations, C. Hamonet et son équipe introduisent en 1998 une quatrième dimension appelée *subjectivité*. L'intérêt de cette approche est d'associer la personne handicapée à sa propre évaluation et de permettre à l'équipe qui a en charge son suivi de « connaître son interprétation personnelle sur les circonstances de survenue, son état actuel et les possibilités d'évolution. »⁶⁹ Dans cette approche, la subjectivité est considérée comme l'un des principaux paramètres qui entre dans la définition de l'état de handicap.

⁶⁵ Claude Hamonet (médecin anthropologue) travaille au Service de médecine physique de rééducation du CHU Henri Mondor et Bichat-Claude Bernard ainsi qu'au laboratoire de Droit médical, et de Santé publique de l'université de Paris 5. C. Hamonet, *Les personnes handicapées*, Paris, PUF, 2000 (1^{ère} éd. 1990) ; C. Hamonet et T. Magalhaes, « La notion de santé », *La presse médicale*, n° 12, 2001, p. 587-590.

⁶⁶ Cette définition donnée par C. Hamonet diffère sensiblement de celle élaborée en 1947 par l'OMS pour laquelle : « la santé est un état complet de bien-être physique, psychologique et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » (Charte de l'OMS sur la santé de 1947).

⁶⁷ M. Delcey, 2002, *op. cit.*, p. 12.

⁶⁸ C. Hamonet *et alii* « La subjectivité : la dimension cachée du handicap et de la réadaptation », *ERGOTHÉRAPIES*, n° 4, décembre 2001.

⁶⁹ *Ibid.*, C. Hamonet, 2001.

Les approches conciliant des facteurs environnementaux et des facteurs personnels vont nourrir les travaux de révision de la CIH en introduisant l'idée selon laquelle ce que l'on appelle couramment handicap doit être analysé, évalué en fonction des situations auxquelles sont confrontées les personnes handicapées. Ces situations sont, ou ne sont pas, jugées handicapantes en fonction d'une double lignée de facteurs, intrinsèques et extrinsèques.

4.4.4 La CIF : la tentative de faire coexister les deux modèles

Les critiques qui ont accompagné la CIH vont conduire à sa révision en 1993. Cette révision va tenir compte des évolutions qui ont traversé le champ du handicap tant du point de vue des modèles théoriques permettant de décrire le processus handicapant que du point de vue des évolutions politiques concernant les personnes handicapées. C'est en 1993, l'année où les Nations Unies adoptent les Règles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées, que l'OMS décide de commencer le processus de révision de la CIH. Plusieurs impératifs cadrent cette révision :

- Servir les objectifs multiples fixés par les divers pays, secteurs et disciplines de soins de santé,
- Être suffisamment simple pour que les praticiens la considèrent comme une description utile des conséquences d'une maladie,
- Être utile dans la pratique : identifier les besoins en matière de soins de santé, adapter sur mesure des programmes d'intervention,
- Donner une vue cohérente des processus impliqués dans les conséquences des maladies
- Être sensible aux variations culturelles : être traduisible et applicable dans des cultures et des systèmes de soin différents
- Enfin, être complémentaire à la famille des classifications de l'OMS.

Avant son adoption définitive, deux séries de tests ont eu lieu de mai 1996 à février 1997 afin de recueillir les observations des États membres ; puis des essais sur le terrain ont été pratiqués de juin 1997 à décembre 1998, puis de juillet 1999 à septembre 2000. Ces essais⁷⁰ ont constitué un processus continu d'élaboration, de consultation, de rétroinformation, de mise à jour et de réalisation de nouveaux essais. Plusieurs études ont été réalisées pendant cette période : traduction et évaluation linguistique, évaluation article par article,

⁷⁰ Plus de 50 pays et 1 800 experts ont participé aux essais sur le terrain.

réponse aux questions fondamentales par des personnes interrogées à titre individuel et par l'organisation de conférences de consensus, mise à l'épreuve des options retenues, études de cas.

C'est en mai 2001, que l'OMS adopte la *Classification internationale de fonctionnement, du handicap et de la santé* (CIF)⁷¹. La CIF (CIH-2 pour l'appellation française⁷²) reste complémentaire de la CIM-10⁷³ qui fournit le cadre étiologique ; la CIF quant à elle fournit le cadre permettant d'évaluer le fonctionnement et les handicaps associés aux états de santé. Les deux classifications se basent sur le système anatomique. Le système qui organise la CIM-10 utilise les déficiences (signes et symptômes) en tant qu'éléments constitutifs d'une *maladie*, voire en tant qu'élément déclenchant le contact avec les services de santé. La CIF quant à elle, reconnaît la déficience comme un problème de fonctionnement lié à un état de santé. L'utilisation des deux approches permet d'enrichir la qualité des données : deux personnes souffrant de la même maladie peuvent avoir des niveaux de fonctionnement différents, et deux personnes ayant le même niveau de fonctionnement n'ont pas nécessairement le même état de santé⁷⁴. Idéalement, « l'information ainsi recueillie à la fois sur le diagnostic et sur le fonctionnement permet de donner une image plus large et plus signifiante de la santé des personnes et des populations, information qui peut être utilisée par les décideurs. »⁷⁵

➤ *La CIF : une nouvelle approche du handicap*

La logique qui sous-tend la CIF est différente de celle de la CIH : il ne s'agit plus de considérer « le handicap comme une suite de 'malheurs' individuels écartant les personnes concernées de la norme médicale ou sociale »⁷⁶, mais sous deux angles permettant de considérer le handicap dans sa dimension individuelle et sociale. La CIF repose sur l'intégration des deux modèles antagonistes médical et social. Pour prendre acte de l'intégration des différentes dimensions du fonctionnement, la CIF utilise une approche dite « biopsychosociale » qui tente de réaliser une synthèse qui offre un aperçu cohérent de différentes perspectives sur la santé, qu'elles soient biologique, individuelle ou sociale. Pour cela, la CIF décrit comment les personnes font face à leurs problèmes de santé. Il

⁷¹ La CIF a été entérinée par la 54^{ème} Assemblée mondiale de la Santé pour une utilisation internationale. Elle a été reconnue par 191 pays comme la nouvelle norme internationale pour décrire et mesurer la santé et le handicap. La CIF est l'aboutissement de 7 années de travail auquel ont participé 65 pays dont la France au travers de la participation du CTNERIH aux travaux préparatoires.

⁷² La France a souhaité gardé le terme handicap dans l'appellation.

⁷³ Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Vol.1-3, Genève, OMS, 1992-1994.

⁷⁴ CIH-2, Project final, version complète, 2000, *op. cit.*

⁷⁵ Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, plaquette d'information de l'OMS.

⁷⁶ M. Delcey, 2002, *op. cit.*, p. 12.

s'agit d'une classification de la santé et des domaines liés à la santé décrivant les structures et fonctions organiques, les activités et la participation. Elle doit permettre à l'utilisateur de décrire un profil utile du fonctionnement, du handicap et de la santé des individus dans divers domaines. Les domaines sont classés du point de vue de l'organisme, de celui de la personne en tant qu'individu et en tant qu'être social. La CIF tient compte du fait que handicap s'inscrit dans un contexte socio-politique et comprend également une liste de facteurs environnementaux. Elle considère l'ensemble des maladies et des pathologies sur le même plan, « cette approche neutre a mis les troubles mentaux au même niveau que les pathologies physiques et a contribué à reconnaître et établir la charge mondiale de morbidité imputable aux troubles dépressifs, actuellement la principale cause dans le monde des années de vies perdues à la suite des incapacités. »⁷⁷

Selon la logique qui se dégage de cette approche, l'état de fonctionnement et de handicap d'une personne est le résultat de l'interaction entre son état de santé (maladies, troubles, blessures, traumatismes, etc.), et les facteurs contextuels. Ces derniers comprennent à la fois des facteurs personnels et des facteurs environnementaux. Le schéma qui sous-tend les facteurs environnementaux est le fait de savoir si les caractéristiques du monde environnant, du contexte social et des attitudes ont un effet facilitateur ou si, au contraire, elles constituent un obstacle pour la personne qui y vit⁷⁸. Cette classification organise l'information en deux parties : *fonctionnement et handicap*, et *facteurs contextuels*.

➤ *Fonctionnement et handicap*

Dans cette classification, le *fonctionnement* se rapporte à toutes les fonctions organiques, aux activités de la personne et à la participation au sein de la société, d'une manière générale. De même, *handicap* sert de terme générique pour désigner les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation.

- a. La composante *organisme* comprend deux classifications, une pour les fonctions des systèmes organiques et une pour les structures anatomiques.
- b. La composante *activités et participation* couvre la gamme des domaines définissant les aspects du fonctionnement, tant du point de vue de la personne en tant qu'individu que du point de vue de la personne en tant qu'être social

⁷⁷ Communiqué OMS/48 du 15 novembre 2001 téléchargeable sur le site Internet de l'OMS.

⁷⁸ CIH-2, Project final, version complète, 2000, *op. cit.*, p. 6.

➤ *Facteurs contextuels*

- a. Les *facteurs environnementaux* constituent un sous-ensemble des facteurs contextuels. Ces facteurs environnementaux ont un impact sur toutes les composantes du fonctionnement et du handicap et sont organisés de manière à aller de l'environnement le plus proche à l'environnement le plus général.
- b. Les *facteurs personnels* – bien que reconnus comme importants – ne sont pas intégrés à la CIF en raison des variations sociales et culturelles qui leurs sont associées. Ils représentent le cadre de vie d'une personne, composé de caractéristiques de la personne qui ne font pas partie d'un problème de santé ou d'un état fonctionnel. Ils peuvent inclure le sexe, la race, l'âge, la personnalité et le caractère, les aptitudes, les autres problèmes de santé, la condition physique, le mode de vie, les habitudes, l'éducation reçue, le mode d'adaptation, l'origine sociale, la profession, le niveau d'instruction ainsi que l'expérience passée et présente (les événements vécus et les circonstances de la vie), les schémas comportementaux et les traits psychologiques ou autres. Tous, ensemble ou séparément, peuvent avoir une influence sur le handicap à un niveau quelconque. Si les facteurs personnels ne sont pas classifiés dans la CIF, ils sont toutefois repris dans le tableau suivant pour montrer qu'ils jouent un rôle qui peut avoir un impact sur le résultat des diverses interventions

➤ *Définition de ces composantes dans le domaine de la santé :*

- Les *fonctions organiques* désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques, y compris les fonctions psychologiques
- Les *structures anatomiques* désignent les parties anatomiques du corps tels que les organes, les membres et leurs composantes
- Les *déficiences* désignent les problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique
- L'*activité* désigne l'exécution d'une tâche par une personne
- La *participation* désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle
- Les *limitations d'activité* désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités
- Les *restrictions de participation* désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation de vie réelle
- Les *facteurs environnementaux* désignent l'environnement physique, social et attitudinal sans lequel les personnes vivent et mènent leur vie.

Le tableau suivant donne un aperçu général des notions en jeu dans la CIF

Aperçu global de la CIF

	Fonctionnement et handicap		Facteurs contextuels	
	Fonctions organiques et structures anatomiques	Activités et participation	Facteurs environnementaux	Facteurs personnels
Domaines	Fonctions organiques Structures anatomiques	Domaines de la vie (tâches, actions)	Facteurs extérieurs affectant le fonctionnement et le handicap	Facteurs internes affectant les fonctionnements et le handicap
Schémas	Changement dans les fonctions organiques (physiologie) Changement dans la structure anatomique	Capacité Réaliser des tâches dans un environnement standard <i>Performance</i> réaliser des tâches dans l'environnement réel	Impact (facilitateur ou obstacle) de la réalité physique, de la réalité sociale ou des attitudes	Impact des attributs de la personne
Aspect positif	Intégrité fonctionnelle et structurale <u>Fonctionnement</u>	Activité par participation	Facilitateurs	Sans objet
Aspect négatif	Déficiences <u>Handicap</u>	Limitation de l'activité Restriction de la participation	Barrières Obstacles	Sans objet

Source : *CIH-2 Projet final, Version complète, 2000, p. 9.*

En tant que classification, la CIF ne modélise pas le processus du fonctionnement et du handicap, elle fournit une approche multidimensionnelle de la classification du fonctionnement et du handicap en tant que processus interactif et évolutif. Elle propose les blocs que les utilisateurs peuvent assembler pour construire des modèles et étudier différents aspects du processus. De cette manière, la CIF devient une sorte de langage: les textes qu'elle permet d'écrire dépendent des utilisateurs, de leur créativité et de leur inclination scientifique⁷⁹.

➤ *Le ciblage des personnes concernées*

Afin d'éviter qu'il y ait des dérives dans l'identification des personnes handicapées, la CIF ne couvre pas les circonstances de la vie qui ne se rapportent pas directement à la santé : sont donc exclus les effets des facteurs socio-économiques. Par exemple, des personnes peuvent se trouver limitées dans l'exécution de certaines tâches dans l'environnement où elles vivent en raison de leur race, leur sexe, leur religion ou de toute autre catégorie socio-économique (ce qui est semblable aux restrictions de participation dans la CIF) ; mais il ne s'agit pas de restrictions de participation liées à la santé au sens où elle est conçue dans la CIF⁸⁰.

➤ *Une nouvelle terminologie pour une nouvelle approche du handicap*

Alors que les précédentes classifications utilisent des indicateurs négatifs pour évaluer le handicap, la CIF met l'accent sur la façon dont les personnes vivent avec leurs pathologies et améliorent leurs conditions de vie pour avoir une existence plus productive et enrichissante⁸¹. Elle propose diverses perspectives pour cibler les mesures visant à optimiser les possibilités pour permettre aux personnes handicapées (en fonction de leur handicap) de rester dans la vie active et participer à la vie de la communauté. Dans la CIF, le terme handicap sert de terme générique pour désigner les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. Il rejoint en cela le sens qui lui est attribué en français. Le changement de terminologie (positif ou neutre) affiche une posture résolument contre toute appellation favorisant la stigmatisation.

La CIF est conçue pour servir de cadre de référence aux États quant à la pratique médicale, la législation et la politique sociale qui doivent permettre d'améliorer les traitements et l'accès aux soins, la protection des droits des individus et des groupes. En inté-

⁷⁹ *Ibid.*, CIH-2, Projet final, version complète, 2000, p. 16.

⁸⁰ *Ibid.*, CIH-2, Projet final, version complète, 2000, p. 5.

⁸¹ Comme illustration, on peut recommander la lecture des ouvrages d'Olivier Sacks : *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau et autres récits cliniques*, Paris, Editions du Seuil, Coll. Points Essais, (1988) ; *Un anthropologue sur Mars. Sept histoires paradoxales*, Editions du Seuil, Coll. La couleur des idées, 1996.

grant la dimension environnementale, elle interpelle directement les États et les politiques qu'ils mettent en place. Cependant, cette nouvelle classification « est le résultat de tentatives de synthèses, de consensus et d'arbitrages dont le résultat pâtit assez fortement en terme de cohérence et d'homogénéité. Les seuls éléments demeurés stables lors de la seconde partie du processus de révision (à partir des premières versions-tests structurées) ont été la dimension corporelle (fonction et structure), et le schéma général mettant en exergue la multiplicité des interactions à défaut de dégager une pédagogie du handicap (quel qu'en soit le fondement) comme le faisait celui de la CIH ou comme le propose le PPH québécois. »⁸²

L'adoption de la CIF est trop récente pour disposer d'éléments concernant son utilisation. On peut cependant faire l'hypothèse que, du fait de l'inertie propre à l'appropriation d'un tel outil par les États, son application prenne plusieurs années. Enfin, la dimension des facteurs contextuels étant laissée au libre arbitre des pays signataires, la prise en compte des facteurs environnementaux nécessitera des recherches conceptuelles pour appréhender la dimension facilitatrice ou pas des politiques publiques des États.

4.5 L'INCIDENCE DE L'INVERSION DES REPRESENTATIONS DU PROCESSUS HANDICAPANT SUR L'ORIENTATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

Porté par les associations de personnes handicapées, le débat qui se noue sur la construction sociale du handicap va être rapidement inscrit à l'ordre du jour d'un certain nombre d'instances internationales. À l'inverse des milieux scientifiques qui tentent avec difficulté de mettre au point un modèle conceptuel intégrant la dimension environnementale, les milieux politiques s'en saisissent avec plus d'aisance. Transposé dans une logique qui fait primer la jouissance des droits, l'orientation des politiques publiques va rapidement se modifier. Ces évolutions se retrouvent à travers les textes (chartes, convention, recommandations, circulaires) adoptées par les organismes supranationaux. Si ces textes constituent le cadre supranational général des droits des personnes handicapées, c'est aux États signataires qu'incombe la responsabilité principale de la promotion et la protection de ces droits et libertés. Les débats qui ont traversé le champ du handicap ont eu une forte répercussion sur les conceptions associées à l'emploi des personnes handicapées.

⁸² M. Delcey, 2002, *op. cit.*, p. 13-14.

4.5.1 Niveau international : le rôle majeur des Nations Unies et de l'Organisation Internationale du Travail (OIT)⁸³

L'accès à l'emploi est l'un des premiers domaines dans lequel la recherche d'égalité des droits s'est concrétisée. L'une des premières reconnaissances internationales du droit des personnes handicapées au travail est celle de l'OIT⁸⁴ en 1944. Elle apparaît dans un contexte de guerre et reprend le thème de l'infirmes utile qui était déjà apparu lors de la Première guerre mondiale. Dans une recommandation à large portée, l'OIT affirme que « les travailleurs invalides, quelle que soit l'origine de leur invalidité, devraient disposer des plus larges facilités d'orientation professionnelle spécialisée, de formation professionnelle, de rééducation fonctionnelle et professionnelle et de placement dans un emploi utile. »⁸⁵ Avant-gardiste dans son approche de la gestion du handicap, l'OIT déclare que les travailleurs invalides doivent, dans toute la mesure du possible, être formés professionnellement en compagnie de travailleurs valides, dans les mêmes conditions et moyennant la même rémunération. L'OIT demande l'égalité d'accès à l'emploi pour les travailleurs handicapés et lance un appel à mettre en place des mesures spéciales pour promouvoir l'emploi des travailleurs gravement handicapés. Quatre ans plus tard, le droit au travail pour tous, y compris pour les personnes handicapées, est réaffirmé par les Nations unies dans le cadre de la Déclaration universelle des droits de l'homme. Jusqu'à l'adoption de la convention n° 159 et de la recommandation n° 168 de l'OIT presque trente ans plus tard, la recommandation n° 99⁸⁶ adoptée en 1955 est l'un des instruments internationaux les plus importants en matière de droit au travail des personnes handicapées. Cette recommandation sert de guide aux législations et pratiques nationales dans le domaine de l'orientation professionnelle, de la formation professionnelle et du placement des personnes handicapées. Elle est bâtie sur les bases des dispositions clés des instruments précédents ; par exemple en matière de formation professionnelle, d'égalité de chances et de salaire égal pour un travail égal.

⁸³ Cette section a été réalisée en partie en se basant sur le rapport de l'OIT d'Arthur O'Reilly, « Le droit des personnes handicapées au travail décent », Genève, OIP, IFP/SKILLS document de Travail n° 14-F, 2003.

⁸⁴ L'Organisation internationale du travail (OIT), créée en 1919, est la plus ancienne des agences techniques spécialisées du système des Nations unies. Elle a une structure tripartite dans laquelle les représentants des organisations d'employeurs et de travailleurs ont le même nombre de voix que ceux des gouvernements de ses 175 pays membres dans la formulation des politiques et programmes de l'OIT à travers leur participation à la Conférence internationale du travail annuelle et leur appartenance au Conseil d'administration de l'OIT. Le but fondamental de l'OIT est que chaque femme et chaque homme puissent accéder à un travail décent et productif dans des conditions de liberté, d'équité, de sécurité et de dignité humaine.

⁸⁵ Recommandation n° 71 de l'OIT sur l'emploi (transition de la guerre à la paix), 1944.

⁸⁶ Recommandation n° 99 de l'OIT sur l'adaptation et la réadaptation professionnelles des invalides, 1955.

Parallèlement aux travaux de l'OIT, en 1966, l'Assemblée générale des Nations unies adopte deux Pactes relatifs aux droits économiques, sociaux et culturels et aux droits civils et politiques⁸⁷. C'est à travers ces deux pactes que l'article 23 de la Déclaration universelle des droits de l'homme⁸⁸ trouve son application spécifique : « Toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail et à la protection contre le chômage. Tous ont droit, sans aucune discrimination, à un salaire égal pour un travail égal. Quiconque travaille a droit à une rémunération équitable et satisfaisante lui assurant ainsi qu'à sa famille une existence conforme à la dignité humaine et complétée, s'il y a lieu, par tous autres moyens de protection sociale. Toute personne a le droit de fonder avec d'autres des syndicats et de s'affilier à des syndicats pour la défense de ses intérêts. » Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels⁸⁹ est préparé en étroite consultation avec l'OIT. Ce texte réitère les dispositions précédentes en forme d'un traité contraignant sur le plan juridique. Les États signataires du Pacte reconnaissent le droit au travail pour tous, ce qui inclut le droit pour chacun de gagner sa vie par un travail librement choisi ou accepté, et ils s'engagent à protéger ce droit. Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques ne contient aucune disposition spécifique sur l'emploi, mais il comprend une clause de protection importante contre la discrimination : « Toutes les personnes sont égales devant la loi et ont droit sans aucune discrimination à la même protection de la loi. À cet égard, la loi interdira toute discrimination et garantira à toutes les personnes une protection égale et effective contre toute discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation »⁹⁰.

En 1971, l'ONU adopte la *Déclaration sur les droits des personnes handicapées et en retard mental* qui reconnaît dans l'article 1^{er} que ces personnes jouissent des mêmes droits fondamentaux que tous les autres êtres humains. Par ailleurs, elle souligne leur droit de s'engager dans un travail productif ou d'entreprendre toute autre occupation significative en vue de développer au mieux leurs capacités⁹¹. Afin d'encourager les personnes handicapées à exercer leur droit au travail selon une logique d'égalité et sans discrimination aucune, la convention n° 142 de l'OIT sur la mise en valeur des ressources humaines, adoptée en 1975, demande aux États membres d'élaborer et de perfectionner des systèmes

⁸⁷ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, et Pacte international relatif aux droits civils et politiques, adoptés par la Résolution de l'Assemblée générale 2200A (XXI) du 16 déc. 1966. Ensemble avec la Déclaration universelle des droits de l'homme, ils forment la Charte internationale des droits de l'homme.

⁸⁸ Déclaration universelle de droits de l'homme, adoptée par l'Assemblée générale le 10 déc. 1948, Article 23.

⁸⁹ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté par la Résolution 2200A (XXI) de l'A.G. du 16 déc. 1966.

⁹⁰ PIDCP, Article 2.

⁹¹ UNGA Résolution 2856 du 20 déc. 1971.

ouverts, souples et complémentaires d'enseignement général, technique et professionnel, d'orientation scolaire et professionnelle et de formation professionnelle, y compris des systèmes d'information continue sur l'emploi⁹². La recommandation n° 150⁹³ expose la façon de mettre en œuvre les dispositions de la convention n° 142. Elle souligne que les personnes handicapées doivent avoir accès aux programmes ordinaires d'orientation et de formation professionnelle mis à la disposition du public général ou, lorsque ceci n'est pas souhaitable, à des programmes spécifiques. Elle rappelle l'importance d'une collaboration multisectorielle entre des organismes internationaux dans la poursuite des efforts de garantir aux personnes handicapées l'exercice de leur droit au travail.

Cette approche trouve une résonance dans la Déclaration sur les droits des personnes handicapées⁹⁴ adoptée par l'ONU en décembre 1975. La Déclaration affirme que les personnes handicapées ont les mêmes droits civils et politiques que les autres êtres humains, de même que le droit, entre autres, à l'éducation, à la formation et à la réadaptation professionnelle, aux aides, conseils et aux services de placement et le droit d'obtenir et de conserver un emploi ou d'exercer une occupation utile, productive et rémunératrice⁹⁵.

4.5.2 Le changement de paradigme des années 1980 : du modèle médical à celui de la pleine participation

Les années 1980 marquent une évolution irréversible du passage au niveau politique d'un modèle de droits fondé sur la protection, à un modèle fondé sur les droits de l'homme. L'année 1981 est proclamée *l'Année internationale du handicap* et affiche comme slogan « Pleine participation et égalité »⁹⁶. Lui succède la *Décennie internationale du handicap* (1983-1992) dont le Programme d'action mondial concernant les handicapés⁹⁷ contient trois objectifs généraux – prévention, réadaptation et égalisation des chances. Il comprend

⁹² Convention n° 142 de l'OIT sur la mise en valeur des ressources humaines, 1975. La recommandation qui l'accompagne (Recommandation n° 150 de l'OIT sur la mise en valeur des ressources humaines, 1975) indique en détail comment les dispositions de cette convention devraient être mises en œuvre ; elle renforce le principe de l'intégration dans des systèmes d'orientation et de formation ordinaires, met l'accent sur l'importance de la sensibilisation du public, des employeurs et des travailleurs à l'emploi des personnes handicapées et appelle à mettre en place, si nécessaire, des aménagements des postes de travail pour accueillir des travailleurs handicapés.

⁹³ Résolution de l'OIT concernant la réadaptation professionnelle et la réintégration sociale des invalides et des handicapés, adoptée le 24 Juin 1975. Dans la même recommandation l'OIT appelle à une campagne globale en faveur de la réadaptation professionnelle et de l'intégration sociale des personnes handicapées, en coopération et coordination avec les Nations unies, ses agences spécialisées et des organisations internationales, régionales et non-gouvernementales, campagne qui a abouti, entre autres, à la création de l'Année internationale des personnes handicapées et du Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées.

⁹⁴ Déclaration sur les droits des personnes handicapées, UNGA Rés. 3447 du 9 Déc. 1975.

⁹⁵ UNGA Rés. 3447(XXX) du 9 déc. 1975.

⁹⁶ UNGA Rés. 31/1.23.

⁹⁷ Résolution 37/52 de l'Assemblée générale des Nations Unies, 3 décembre 1982.

une définition de l'*égalité des chances* : « [Par. 12]... processus par lequel le cadre général de la société – environnement matériel et culturel, logement et transports, services sociaux et services de santé, enseignement et emplois, et aussi la vie culturelle et sociale, y compris les installations sportives et les équipements de loisirs – est rendu accessible à tous. »⁹⁸ Cette égalité des chances nécessite des initiatives allant au-delà des seules mesures traditionnelles de réadaptation car « [Par. 21]... L'expérience montre que c'est, dans une large mesure, l'environnement qui détermine les conséquences d'une déficience ou d'une invalidité sur la vie quotidienne d'un individu. »⁹⁹ Cette constatation exprime l'évolution qui s'est produite dans les représentations du processus du handicap : elle confirme le passage d'une conception fondée sur une approche médicale du handicap à celle d'une approche basée sur la participation sociale et le respect des droits. L'égalisation des chances s'appuie sur une approche qui reconnaît que la société est handicapante lorsqu'elle manque d'offrir des chances égales de participation à tous ses membres, des chances d'exercer les mêmes droits auxquels tous ont droit. L'ONU encourage les États membres d'utiliser cette période comme l'un des moyens pour mettre en œuvre le Programme d'action mondial.

➤ *L'égalité des chances dans l'accès à l'emploi*

Reprenant à son compte le concept de « pleine participation et égalité », thème de l'Année internationale et but du Programme d'action mondial, l'OIT l'adopte en 1983 la convention n° 159¹⁰⁰ et la recommandation n° 168 sur la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées. La convention présente un nombre de principes fondamentaux devant régir les politiques de réadaptation professionnelle et d'emploi des personnes handicapées et met l'accent sur les principes d'égalité de chances et de traitement entre travailleurs handicapés et non handicapés et au sein des travailleurs handicapés entre hommes et femmes. L'objectif d'égalité est exprimé par l'article 4 de la convention : « La dite politique devra être fondée sur le principe d'égalité de chances entre les travailleurs handicapés et les travailleurs en général. L'égalité de chances et de traitement entre les travailleurs handicapés et les travailleuses handicapées devra être respectée. Des mesures positives spéciales visant à garantir l'égalité effective de chances et de traitement entre les travailleurs handicapés et les autres travailleurs ne devront pas être considérées comme étant discriminatoires à l'égard de ces derniers. »¹⁰¹ La recommandation qui accompagne la convention, détaille les mesures qui devraient être prises pour promouvoir l'égalité de chances dans l'accès à l'emploi, y compris celle « d'adapter, dans une mesure raisonnable,

⁹⁸ UNGA Rés. 37/53 du 3 déc. 1982, para. 12.

⁹⁹ UNGA Rés. 37/53 du 3 déc. 1982, para. 21.

¹⁰⁰ Convention n° 159 de l'OIT sur la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées, 1983.

¹⁰¹ Recommandation n° 168 de l'OIT concernant la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées, 1983.

les lieux de travail, l'aménagement des tâches, les outils, les machines et l'organisation du travail. »¹⁰² Dans son article 16 elle confirme clairement le changement de paradigme d'un modèle médical à un modèle fondé sur les droits : la recommandation énonce clairement que les personnes handicapées doivent être informées « de leurs droits et de leurs possibilités dans le domaine de l'emploi », elles doivent être traitées comme tout autre travailleur.

À la fin des années 1980, deux études des Nations Unies viennent renforcer ce modèle : *Principes, directives et garanties pour la protection des personnes détenues pour la maladie mentale ou souffrant de troubles mentaux*¹⁰³, qui met quasiment au même niveau les questions de discrimination positive et de qualité des soins avec celles fondamentales du droit à la liberté¹⁰⁴ ; et celui de Leandro Despouy sur *Les droits et l'invalidité*¹⁰⁵ dans lequel il signale que contrairement à d'autres groupes, les personnes handicapées ne sont protégées par aucune convention thématique alors qu'elles représentent 10 % de la population mondiale souffrant de discriminations.

En 1993, le changement de paradigme est totalement consommé et se traduit par l'adoption des *Règles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées*¹⁰⁶ par les Nations-Unies. Ces règles constituent un ensemble de directives non contraignantes sur le plan juridique ; elles traduisent la nouvelle conception du handicap, dans laquelle « on cherche désormais à promouvoir les droits des handicapés, leur liberté de choix et l'égalité des chances, et on s'efforce d'adapter l'environnement aux besoins des personnes souffrant de handicaps, au lieu d'attendre qu'elles s'en accommodent. On encourage la société à avoir une attitude plus positive à l'égard des handicapés et à les aider à assumer pleinement leur responsabilité de membres actifs de la société. »¹⁰⁷ Les préoccupations traditionnelles sur la prévention et la rééducation sont reléguées à l'arrière plan au profit d'une approche fondée sur les droits de l'homme qui met au premier plan l'accès à tous les domaines de la vie sociale pour les personnes handicapées. C'est sur cette conception que le revirement d'attitude des pays membres repose. Les Règles pour l'égalisation des chances ont pour objet de le traduire en un ensemble de mesures concrètes et cohérentes, bénéficiant directement aux personnes handicapées. Elles sont conçues afin de servir de guide aux efforts faits par les gouvernements et par les organismes des Nations Unies pour assurer l'égalité

¹⁰² *Ibid.*, Recommandation n° 168 de l'OIT, 1983.

¹⁰³ E.-I A. Daes, « Principes, directives et garanties pour la protection des personnes détenues pour la maladie mentale ou souffrant de troubles mentaux », Publication des Nations Unies, numéro de vente F.85.XIV.9, 1986.

¹⁰⁴ Ce rapport trouvera son expression dans l'adoption de la résolution « Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé », Résolution 49/119 de l'Assemblée générale des Nations Unis du 17 décembre 1991.

¹⁰⁵ L. Despouy, « Les droits et l'invalidité », Publication des Nations Unies, numéro de vente F.92.XIV.4, 1993.

¹⁰⁶ Résolution 48/96 de l'Assemblée générale des Nations Unis du 20 décembre 1993.

¹⁰⁷ *Ibid.*, Résolution 48/96 de l'Assemblée générale des Nations Unis du 20 décembre 1993.

des chances aux intéressés à l'horizon 2000 et au-delà¹⁰⁸. L'objectif principal des Règles est de demander aux États d'éliminer les obstacles à une participation égalitaire des personnes handicapées et de solliciter la collaboration des ONG qui les représentent. Les règles insistent sur l'égalité des droits pour mettre en évidence qu'il ne s'agit pas de revendiquer des droits spéciaux pour un groupe spécial, mais bien de réaliser l'égalité pour tous. La Commission économique et sociale des Nations unies souhaitait qu'elles deviennent « des règles internationales de droit coutumier lorsqu'elles seraient appliquées par un grand nombre d'États dans l'intention de respecter une règle de droit international. »¹⁰⁹

L. Despouy (rapporteur spécial à la Sous-commission sur la prévention de discrimination et la protection des minorités) écrit au moment où les règles sont en train d'être finalisées :

« En dépit des nombreuses actions entreprises tout au long de la Décennie et des résultats précieux qui ont été obtenus pour les personnes handicapées à beaucoup d'égards, on doit dire qu'à la fin de cette période, les personnes handicapées se trouveront légalement désavantagées par rapport à d'autres groupes vulnérables tels que les réfugiés, les femmes, les travailleurs migrants, etc. Ces groupes bénéficient de la protection d'un seul code de normes contraignantes, comme la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes, la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et membres de leurs familles, etc. Ces conventions ont en outre établi des mécanismes spécifiques de protection : le Comité sur l'élimination de la discrimination contre les femmes et le Comité sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et membres de leurs familles sont chargés de la surveillance de l'application des conventions... ...il n'y a aucun organisme spécifique chargé de surveiller le respect des droits humains des personnes handicapées et d'intervenir, d'une façon confidentielle ou publique, en cas de violation. On pourrait dire que les personnes handicapées sont protégées comme les autres par des normes générales, des pactes internationaux, des conventions régionales, etc. Mais bien que ceci soit vrai, il est également vrai que contrairement aux autres groupes vulnérables, elles n'ont pas d'organisme international de contrôle pour leur offrir une protection particulière et spécifique. »¹¹⁰

La question de l'emploi est abordée dans l'article 7 : « Les États devraient reconnaître le principe selon lequel les handicapés doivent avoir la possibilité d'exercer leurs droits fondamentaux, en particulier dans le domaine de l'emploi. Dans les régions rurales comme

¹⁰⁸ *Ibid.*, Résolution 48/96 de l'Assemblée générale des Nations Unies du 20 décembre 1993.

¹⁰⁹ A/C. 3/48/L.3, 1 Oct. 1993, p. 6.

¹¹⁰ Assemblée générale des Nations unies A/Conf. 157/23, 12 juillet 1993.

dans les régions urbaines, ils doivent se voir offrir des possibilités égales d'emploi productif et rémunérateur sur le marché du travail. »¹¹¹ Cet article appelle tous les États à prendre une série de mesures, dont la plupart étaient déjà contenues dans des conventions et recommandations de l'OIT, afin d'assurer aux personnes handicapées des chances égales d'obtenir un emploi productif et rémunéré sur le marché du travail.

➤ *Le constat récurrent d'un chômage important des personnes handicapées*

La Déclaration et le Programme d'action de Vienne, adoptés par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme le 25 juin 1993¹¹², réaffirment que tous les droits de l'homme sont universels, indissociables, interdépendants et intimement liés. La Déclaration note (article 22) qu'il « faut veiller particulièrement à ce que les handicapés ne soient pas victimes de discrimination et puissent exercer dans des conditions d'égalité tous les droits et libertés fondamentales de la personne humaine, y compris en participant activement à tous les aspects de la vie sociale. » Elle souligne (art. 64) le fait que les personnes handicapées doivent trouver place partout et qu'il faut leur garantir des chances égales en éliminant tous les obstacles qu'ils rencontrent, tant d'ordre physique ou financier que social ou psychologique, qui restreignent ou empêchent leur pleine participation à la vie en société.

Fin 1994, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies relève que les effets de la discrimination fondée sur le handicap ont été particulièrement rudes dans les domaines de l'éducation, de l'emploi, du logement, du transport, de la vie culturelle et de l'accès aux places et services publics¹¹³. Le Comité rappelle aux gouvernements qu'en dernier lieu, la responsabilité pour l'élimination des conditions génératrices de déficiences et pour la gestion des conséquences du handicap est la leur. Dans la plupart des pays, le taux de chômage parmi les personnes handicapées est deux à trois fois plus élevé que pour les autres. Les personnes handicapées se trouvent principalement dans les emplois mal payés, avec peu de Sécurité sociale et légale, et souvent isolées du marché du travail ordinaire. Le Comité attire en particulier l'attention sur la situation des femmes handicapées : « Les personnes handicapées sont quelques fois traitées comme des êtres humains a-sexués. Par conséquent, la double discrimination dont souffrent les femmes handicapées est souvent négligée. En dépit des nombreux appels lancés par la communauté internationale afin qu'une attention particulière soit donnée à leur situation, très peu d'efforts ont été consentis pendant la Décennie. » Les personnes handicapées en général ont des difficultés d'accès au marché du travail ouvert¹¹⁴, mais vu sous l'aspect genre, les

¹¹¹ Règles des Nations unies pour l'égalisation des chances, p. 25-27.

¹¹² Assemblée générale des Nations unies, 1993, *op. cit.*

¹¹³ Commentaire général n° 5, 1994.

¹¹⁴ Les statistiques disponibles soulignent que les taux de chômage parmi les travailleurs handicapés tendent à être deux à trois fois supérieurs à celui des autres travailleurs.

hommes handicapés ont presque deux fois plus de chances d’avoir un emploi que les femmes handicapées. Les femmes handicapées sont plus vulnérables à la discrimination d’une part parce qu’elles sont femmes, et d’autre part parce qu’elles ont un handicap. Beaucoup de femmes subissent des discriminations supplémentaires parce qu’elles sont pauvres. Cette double ou triple discrimination subie par les femmes est souvent ignorée ou passe inaperçue d’autant plus facilement que l’on dispose de peu d’informations sur sa dimension et sur son impact¹¹⁵.

Les Chefs d’État et de gouvernement, reconnaissant les difficultés particulières des personnes handicapées face à l’emploi, s’engagent au Sommet mondial pour le développement social en 1995 à placer la création d’emplois, la réduction du chômage et la promotion d’emplois justement rémunérés au centre des stratégies et des politiques des gouvernements, dans le plein respect des droits de ces travailleurs¹¹⁶. La Déclaration de Copenhague de 1995 perçoit le handicap comme une *forme de diversité sociale* et met l’accent sur la nécessité d’adopter des mesures visant l’intégration des personnes handicapées et orientées vers la construction d’une « société pour tous ». L’élimination de toutes les formes de discrimination est constamment rappelée à travers la Déclaration, et le Programme d’action qui contient l’action suivante (para. 15) souligne la nécessité de : prendre des mesures efficaces pour mettre un terme à toute discrimination *de jure* et *de facto* à l’égard des personnes handicapées.

En 2001, l’OIT publie *Le recueil de directives pratiques sur la gestion du handicap sur le lieu de travail*¹¹⁷. La situation des personnes handicapées sur le marché de l’emploi est rappelée dans l’introduction : « Le chômage qui frappe les 386 millions de personnes handicapées en âge de travailler dans le monde¹¹⁸ est bien plus élevé qu’en ce qui concerne le reste de la population en âge de travailler et peut atteindre 80 pour cent dans certains pays¹¹⁹ ». Bien que ce recueil¹²⁰ s’adresse prioritairement aux employeurs « Le présent recueil a été élaboré pour aider les employeurs, qu’il s’agisse de ceux des grandes, des petites ou moyennes entreprises, du secteur privé ou du secteur public, des pays en développement ou des pays hautement industrialisés, à adopter une stratégie positive de la

¹¹⁵ A. O’Reilly, 2003, *op. cit.*, p. 33.

¹¹⁶ Déclaration et Programme d’action de Copenhague, adoptés par le Sommet mondial pour le développement social, 1995.

¹¹⁷ BIT, 2001, « La gestion du handicap sur le lieu de travail », Genève, TMEMDW/2001/2.

¹¹⁸ Selon une estimation de l’Organisation mondiale de la santé, 10 % de la population mondiale présentent un handicap, soit 610 millions de personnes, dont 386 millions ont entre 15 et 64 ans (World Population Prospects, 1998, révision, UN, New York, 1999).

¹¹⁹ Il est fait état de taux de chômage de l’ordre de 13 pour cent au Royaume-Uni (ce taux est deux fois supérieur à celui enregistré pour la main-d’œuvre non handicapée), de 18 pour cent en Allemagne, voire de 80 pour cent et plus, selon les estimations, dans de nombreux pays en développement.

¹²⁰ Ce recueil ne constitue pas un instrument contraignant sur le plan juridique et n’a pas pour objet de se substituer à la législation nationale. Il doit être interprété en tenant compte de la situation des pays et être appliqué conformément à la législation et à la pratique nationale.

gestion des questions liées au handicap sur le lieu de travail », il est aussi conçu à l'attention des gouvernements qui jouent un rôle clé dans la mise en place du cadre législatif visant l'amélioration de l'égalité des chances et le traitement sur le lieu de travail des personnes handicapées.

➤ *À la recherche d'une convention internationale pour la protection des droits des personnes handicapées*

Même si les instruments internationaux généraux des droits de l'homme s'appliquent à l'ensemble des êtres humains et par conséquent aux personnes handicapées, elles ne bénéficient pas toutefois, comme certains publics fragilisés, d'une convention explicite protégeant leurs droits. Vers la fin des années 1980 une tentative est faite pour amener l'Assemblée des Nations unies à élaborer une convention sur les droits des personnes handicapées. Cette démarche n'aboutit pas et débouche, comme on l'a vu plus haut, sur l'adoption d'un texte non contraignant : les règles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées. C'est en 1998 que la question de la protection des droits des personnes handicapées est à nouveau soulevée par le Groupe consultatif d'experts des Nations unies. En 1999 l'Assemblée générale de Handicap International appelle à préparer une convention internationale sur les droits de personnes handicapées. En 2000 la Commission des droits de l'homme des Nations unies adopte une Résolution¹²¹ invitant le Haut commissaire à ordonner une étude pour évaluer les normes et mécanismes existants en matière de droits de l'homme et handicap. En 2001 l'Assemblée générale des Nations unies adopte une Résolution¹²² établissant un comité administratif *ad hoc* afin d'examiner des propositions pour l'établissement d'une Convention internationale globale, afin de protéger et promouvoir les droits et la dignité des personnes handicapées. Les résultats de l'étude mettent en évidence que la formulation d'une nouvelle convention ne devrait pas être considérée comme une alternative à la nécessité de renforcer la place de la problématique du handicap dans le système international des droits de l'homme existant.

4.5.3 Niveau européen : une réitération des normes internationales

La défense de droits de l'homme et la recherche d'une économie ouverte à tous sont relayés au niveau européen à travers deux grandes organisations : le Conseil de l'Europe et l'Union européenne.

¹²¹ Résolution 2000/51

¹²² Résolution 56/168

➤ *Conseil de l'Europe*

Créé en 1949, le Conseil de l'Europe est la plus ancienne organisation intergouvernementale européenne et celle qui regroupe le plus de pays d'Europe¹²³. Il est complètement extérieur à l'Union européenne avec laquelle il coopère régulièrement dans ses domaines de compétence. Le Conseil de l'Europe a pour mission la protection des droits de l'homme, la démocratie pluraliste, la prééminence du droit, la mise en valeur de l'identité culturelle européenne dans sa diversité et la recherche de solutions aux grands problèmes de société. Plus de 180 Conventions européennes servent de base aux États membres pour l'harmonisation des législations nationales sur des sujets aussi divers que la protection informatique, la santé, la protection des minorités nationales, etc. En particulier, le Conseil de l'Europe a adopté une grande variété de programmes dans le domaine des droits de l'homme.

La Convention européenne des Droits de l'homme adoptée par le Conseil de l'Europe¹²⁴ en 1950 et entrée en vigueur en 1953 ne fait pas référence explicitement aux personnes handicapées (même si on peut faire l'hypothèse qu'elles sont incluses dans la catégorie *autres situations*) ; ce n'est que tardivement que ces dernières vont faire l'objet d'une série de textes dans lesquelles elles sont citées explicitement. En 1961 le Conseil européen adopte la Charte sociale¹²⁵ (qui sera révisée en 1996¹²⁶). Cette Charte conduit les États membres à reconnaître à leurs citoyens un certain degré de protection économique et sociale au travail et en dehors du milieu professionnel. Une protection particulière est accordée aux catégories de travailleurs les plus exposés aux risques de discrimination et les plus vulnérables. C'est ainsi que dans son article 15 elle garantit des droits spécifiques pour les personnes handicapées. Elle proclame le « droit des personnes physiquement et moralement diminuées à la formation professionnelle et à la réadaptation professionnelle et sociale. »¹²⁷ L'article 15 vaut pour tous les types de handicap, son but est globalement d'as-

¹²³ Créé par 10 États en 1949, le Conseil de l'Europe est demeuré pendant ses 40 premières années une institution d'Europe de l'Ouest. Depuis 1989, il accueille des pays d'Europe Centrale et Orientale, à mesure que ceux-ci font le choix d'un régime démocratique. Il compte aujourd'hui 45 pays membres.

¹²⁴ Créé en 1949 par dix États de l'Europe de l'Ouest, le Conseil de l'Europe – avec actuellement 41 États membres – est principalement une organisation de coopération intergouvernementale consacrée à soutenir la démocratie parlementaire, l'état de droit et la protection des droits de l'homme. Le travail du Conseil de l'Europe se répartit en trois grandes catégories. D'abord, il y a les traités internationaux – généralement connus comme les conventions ou accords européens – qui sont contraignants sur le plan juridique pour les États qui les ont ratifiés. Ensuite, le Comité des ministres adresse des recommandations aux gouvernements sur les politiques et la législation. Enfin, il y a les rapports et études qui examinent et discutent diverses approches ou opinions sur certains sujets.

¹²⁵ Le respect des engagements énoncés dans la Charte est soumis au contrôle du Comité européen des Droits sociaux (ci-après dénommé « le Comité »). Ses 13 membres, indépendants et impartiaux, sont élus par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe pour un mandat de six ans, renouvelable une fois. Il statue en droit sur la conformité ou non à la Charte des situations nationales des États parties (article 24 de la Charte tel qu'amendé par le Protocole de Turin de 1991).

¹²⁶ Série des Traités Européen n° 163 – Charte sociale, Strasbourg 3.V.1996.

¹²⁷ Article 15 de la Charte sociale Série des Traités Européen n° 35 – Charte sociale, Turin 18.X.1961.

surer l'exercice effectif des droits à l'autonomie et à l'intégration sociale (droit à l'éducation et à la formation, droit à l'emploi, droit à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté). La Charte sociale européenne est un traité légalement contraignant, néanmoins, le nombre de droits protégés varie suivant que la partie contractante a ratifié la Charte initiale, le Protocole additionnel de 1988 ou la Charte révisée de 1996.

➤ *Union européenne*

Il faut attendre le Traité d'Amsterdam en 1997 pour que le Conseil des ministres de l'Union européenne ait une compétence formelle pour adopter des mesures légales dans le domaine du handicap. Avec le Traité d'Amsterdam, l'Union européenne dispose d'un outil juridique permettant de coordonner les politiques d'emploi des États membres au sein d'une stratégie commune. Cependant, cette absence de compétence ne l'a pas empêché d'adopter des recommandations et des résolutions contraignantes sur le plan juridique¹²⁸.

La première résolution dans le champ de l'emploi vise, en 1974, la réalisation d'un programme pour la réintégration professionnelle et sociale des handicapés. Constatant que les personnes handicapées « supportent de manière inéquitable les conséquences, en terme d'emploi, des difficultés économiques », elle est suivie, en 1981, d'un programme d'action ainsi que de la création d'une division spécialisée au sein de la Commission : *Division Actions en faveur des personnes handicapées* (DG V/E.3). En 1986, une recommandation du Conseil a pour objectif l'élimination des discriminations négatives vis-à-vis des personnes handicapées. Cette recommandation demande aux États membres « de prendre des mesures appropriées pour promouvoir des opportunités justes pour les personnes handicapées dans le domaine de l'emploi et de la formation professionnelle », selon le principe du traitement équitable et à l'institution d'actions positives, telle que les quotas d'emploi, les guides ou codes de bonnes pratiques, ou encore les incitations financières à l'emploi des handicapés en entreprise. Ces objectifs vont s'appuyer sur le seul programme communautaire exclusivement dédié aux personnes handicapées : HELIOS¹²⁹. Le premier programme Hélios I (1988-1992)¹³⁰ vient en appui de cette démarche, en développant les échanges et

¹²⁸ Contrairement au Conseil de l'Europe, le Traité sur l'Union européenne offre aux institutions de l'Union européenne des pouvoirs légaux qui peuvent être imposés aux États membres. Deux types de lois sont utilisés : les *Règlements* sont directement et automatiquement effectives ; les *Directives* donnent aux États membres en règle générale une certaine marge quant aux méthodes de mise en œuvre et permettent normalement un certain nombre d'années avant la mise en œuvre complète. L'Union européenne adopte également des recommandations et des résolutions mais celles-ci ne sont pas contraignantes au niveau juridique.

¹²⁹ Handicapped People in the European Community Living Independently in an Open City). HELIOS opère en synergie avec d'autres initiatives européennes telles que HORIZON qui vis à améliorer l'accès à l'emploi pour les personnes handicapées et pour d'autres groupes sociaux défavorisés comme les chômeurs de longue durée, ou bien TIDE, initiative de recherche pour les technologies adaptées aux personnes handicapées et aux personnes âgées.

¹³⁰ Ce programme est entre autre à l'origine de la création et du développement du système européen d'information HANDYNET.

l'information et en soutenant les innovations. Il est suivi d'Hélios II (1993-1996) qui développe des actions visant à égaliser les chances des personnes handicapées dans les secteurs de la l'éducation, la formation et l'emploi, et à favoriser l'intégration sociale et la vie commune.

Les principes d'égalité des chances ont marqué le débat sur la nouvelle stratégie communautaire en faveur des personnes handicapées¹³¹. Dans sa communication du 30 juillet 1996 exposant cette nouvelle stratégie, la Commission entérine la dynamique internationale pour une approche fondée sur le respect des droits dans le domaine de la politique des personnes handicapées. Cette approche repose sur la notion de droit plutôt que celle de charité et sur l'adaptation à la différence plutôt que sur l'adaptation obligatoire à une norme artificielle. Elle prône dès lors une citoyenneté et une insertion à part entière dans tous les segments de la société plutôt que la ségrégation et l'exclusion. La Nouvelle stratégie de l'Union européenne pour les personnes handicapées donne les orientations générales permettant de réduire les écarts entre l'objectif poursuivi (l'égalité des chances) et la réalité de la situation des personnes handicapées en Europe. Pour réduire cet écart elle souligne la nécessité d'une nouvelle approche, centrée sur l'identification et la suppression des divers obstacles qui empêchent l'égalité des chances et la pleine participation des personnes handicapées à tous les aspects de la vie. Les États membres reconnaissent les normes posées au niveau européen comme cadre de leur action nationale. En fonction de ce cadre normatif il incombe aux gouvernements de faire notamment en sorte :

- Qu'il existe des lois et règlements protégeant les droits des personnes handicapées et leur garantissant la pleine égalité ;
- Qu'il soit tenu compte des personnes handicapées dans toutes les politiques et budgets nationaux ;
- Que les organisations de personnes handicapées participent activement à l'élaboration des politiques nationales ;
- Qu'une commission nationale ou autre organe analogue soit établi pour servir de centre sur toutes les questions touchant à l'invalidité ;
- Que l'égalité des chances soit maintenue en créant des systèmes de suivi et d'évaluation.

¹³¹ Cette stratégie est exposée dans la communication de la Commission sur l'égalité des chances pour les personnes handicapées du 30 juillet 1996 et dans la résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil concernant l'égalités des chances pour les personnes handicapées.

En décembre 1996, le Conseil social de l'Union européenne adopte une résolution réaffirmant l'adhésion des États membres :

- Aux principes et valeurs sur lesquels sont basées les Règles des Nations unies ;
- Aux idées sur lesquelles est fondée la résolution du Conseil de l'Europe de 1992 sur une politique cohérente en matière de réadaptation des personnes handicapées ;
- Au principe de l'égalité de chances dans le développement de politiques globales dans le domaine de la réadaptation ;
- Au principe d'éviter ou d'éliminer toute forme de discrimination négative fondée sur le handicap.

La fin des années 1990 est marquée par la mise en place d'un cadre réglementaire visant la lutte contre la discrimination vis-à-vis des personnes handicapées qui sont parmi les dernières à faire l'objet d'un traitement. En effet, historiquement ce sont les discriminations fondées sur les croyances religieuses qui ont été les premières à être prises en compte, puis la race, les différenciations fondées sur la nationalité et celles sur le sexe¹³². Il faut attendre 1999 et la ratification du Traité d'Amsterdam pour que l'ensemble des États membres élargisse cette protection aux personnes handicapées, à l'âge et à l'orientation sexuelle : « [art. 13] Sans préjudice des autres dispositions du présent traité et dans les limites des compétences que celui-ci confère à la Communauté, le Conseil, statuant à l'unanimité sur proposition de la Commission et après consultation du Parlement européen, peut prendre les mesures nécessaires ne vue de combattre tout discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle. » Palliant l'absence de base juridique des traités originels de l'Union européenne, le Traité d'Amsterdam marque une réelle inflexion, en donnant un premier cadre réglementaire à la lutte contre la discrimination, en affichant sa volonté d'impulser et de coordonner les politiques suivies par les États membres de l'Union. Une nouvelle résolution intervient dans ce contexte en 1999 sur l'égalité de traitement en matière d'emploi des personnes handicapées, et notamment de recrutement, de maintien dans l'emploi, et de formation tout au long de la vie des personnes handicapées¹³³.

¹³² Cette évolution se retrouve au sein des droits international et communautaire.

¹³³ M.-C. Lasnier, « L'Insertion professionnelle en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap ». Rapport présenté au Conseil Économique et Social, 2003, téléchargeable au format PDF sur le site <http://www.conseil-economique-et-social.fr>

La proclamation de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne¹³⁴ à Nice en décembre 2000 qui concerne tous les citoyens européens et de toutes les personnes résidant dans l'Union européenne, comporte un certain nombre d'articles concernant le travail et l'emploi s'appliquant aux personnes handicapées :

- Le droit à la dignité humaine (Art. 1)
- Le droit à l'éducation, ainsi qu'à l'accès à la formation professionnelle et continue (Art. 14.1)
- Le droit de travailler et d'exercer une profession librement choisie ou acceptée (Art. 5.1)
- L'interdiction de toute discrimination fondée notamment sur un handicap (Art. 21)
- L'égalité entre les hommes et les femmes doit être assurée dans tous les domaines, y compris en matière d'emploi, de travail et de rémunération (Art. 23)
- Le droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté (Art. 26)
- Le droit d'accès aux services de placement (Art. 29)
- Le droit à une protection contre tout licenciement injustifié, conformément au droit communautaire et aux législations et pratiques nationales (Art. 30)
- Le droit à des conditions de travail qui respectent la santé, la sécurité et la dignité (Art. 31.1)
- Le droit d'accès aux prestations de Sécurité sociale et aux services sociaux (Art.34.1).

La Directive du 27 novembre 2000 sur la discrimination dans l'emploi¹³⁵ proscrit les discriminations directes ou indirectes¹³⁶ fondées sur une série de motifs, y compris le handicap, et s'applique, entre autres, aux critères de sélection et aux conditions de recrutement, à l'orientation professionnelle, à la formation professionnelle et aux conditions d'emploi et de travail, y compris la rémunération. La directive s'appuie sur un nouveau programme d'actions pour la période 2001-2006, ainsi que sur la Charte des droits fonda-

¹³⁴ La décision sur le statut juridique de la Charte a été reportée jusqu'aux prochaines discussions sur la révision du Traité en 2004.

¹³⁵ Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail. OJL 303, 2 décembre 2000, p. 16-22.

¹³⁶ Les discriminations indirectes renvoient à des situations, des réglementations ou des pratiques neutres en apparence, qui en fait débouchent sur une inégalité de traitement de personnes dotées de certaines caractéristiques. La distinction ou les préférences qui pourraient résulter de l'application de mesures de protection et d'assistance destinées à répondre aux besoins particuliers des personnes handicapées ne sont pas considérées comme discriminatoires

mentaux de l'Union européenne de la fin de l'année 2000, dont certains articles fondent précisément les droits des personnes handicapées, au travers des principes de non-discrimination et d'intégration.

La Commission européenne a en projet une nouvelle directive dont le but est de promouvoir une coordination active des politiques nationales dans le respect des grands principes posés dans le Traité d'Amsterdam, à savoir l'égalité de traitement et la non-discrimination. Les principaux axes du futur projet de directive visent précisément le droit de vivre dans la dignité et le droit à l'autonomie. À ce titre, les États s'obligent à favoriser la vie des personnes handicapées sur leur territoire, à leur assurer un revenu décent ainsi qu'un logement adapté, et à renforcer l'accessibilité des lieux publics. Le droit à l'éducation et à la formation en milieu ordinaire est également posé : sont notamment visés l'accès à l'école ainsi qu'aux formations universitaires, la formation des professionnels de l'éducation à l'accueil d'un enfant handicapé. Enfin, l'accès à l'emploi en milieu ordinaire est privilégié, par la recherche d'une égalisation des chances dans le recrutement et la formation, des mesures de maintien dans l'emploi et des aménagements de poste, ainsi que la participation des personnes handicapées et/ou de leurs représentants aux instances les concernant.

4.6 QUELS REFERENTIELS POUR L'ACTION PUBLIQUE ?

Comme on vient de le voir, en 25 ans, la conception du handicap a largement évolué allant d'une conception médicale à une conception prônant la reconnaissance des différences et l'acceptation de ces dernières par la société entière. Cette évolution s'est inscrite, du fait de l'évolution des rapports internationaux depuis la Seconde guerre mondiale, dans une dynamique internationale et européenne. Cette dynamique supranationale a contribué à transformer les représentations traditionnellement associées au handicap et a mis en évidence la nécessité d'une approche des personnes handicapées fondée sur le respect des droits de l'homme. Ce changement est inscrit dans les textes fondamentaux qui servent de cadre normatif aux États les ayant reconnus. De portée générale, ces textes donnent les grandes orientations à respecter, à charge des États de les mettre en œuvre à travers leurs différentes politiques publiques. Cependant, force est de constater que selon les États, les moyens utilisés pour permettre l'égalité des chances des personnes handicapées ne sont pas les mêmes.

L'analyse cognitive des politiques publiques est une entrée pertinente pour mettre en évidence les points à partir desquels des politiques fondées sur les mêmes valeurs sont au final différentes dans leur mise en œuvre. La façon dont les États traitent de la question de l'emploi des personnes handicapées est tout à fait éclairante à ce sujet. Pour rappel, l'idée force des approches cognitives est de considérer que les politiques publiques comportent

en elles une théorie du changement social, une manière de considérer comment les programmes d'action publique peuvent traiter les problèmes sociaux. Faute de comprendre comment est structuré le champ des représentations en présence, on ne peut comprendre une politique publique. En d'autres termes, il semble difficile de comprendre les différentes politiques menées en direction des personnes handicapées sans faire référence aux systèmes de représentations relatives au traitement des discriminations de chaque pays.

Le modèle du référentiel proposé par P. Muller et B. Jobert distingue 4 niveaux de représentation du monde¹³⁷ à partir desquels il est possible de donner une lecture des politiques à l'œuvre dans le champ du handicap :

- Les valeurs qui sont « les représentations les plus fondamentales (...) sur ce qui est bien ou mal, désirable ou à rejeter »
- Les normes qui « définissent des écarts entre le réel perçu et le réel souhaité » sous forme de « principes d'action »
- Les algorithmes qui sont des « relations causales qui expriment une théorie de l'action » souvent « exprimés sous la forme 'si..., alors' »
- Les images comme vecteur « implicite de valeurs, de normes ou même d'algorithmes. Elles font sens immédiatement sans passer par un long détour discursif »

4.6.1 Des valeurs partagées au niveau supranational et national

Le respect des droits de l'homme (idéal d'égalité) et l'égalité des chances comme objectif, sont les valeurs partagées aux niveaux supranational et national. Ces valeurs sont rappelées à travers un ensemble de chartes, déclarations et conventions internationales relatives aux droits humains. Les valeurs sous-tendues par ces textes sont la promotion de l'égalité des chances vers une reconnaissance d'une citoyenneté pleine et entière. Le volet emploi (au sens large de formation et d'insertion professionnelle) fait lui aussi l'objet de recommandations par les organismes supranationaux (OIT, OCDE – Organisation de Coopération et de développement économiques), les droits à la formation professionnelle et la réadaptation professionnelle sont rappelés systématiquement. Ces textes soulignent que les personnes handicapées doivent bénéficier d'une égalité de traitement et des chances avec les travailleurs valides.

¹³⁷ P. Muller, 1994, *op. cit.*

4.6.2 Des normes également partagées

Les États conviennent de la nécessité d'intervenir pour que l'égalité des chances vis-à-vis de ce public devienne effective. Si l'idéal d'égalité est une valeur commune à l'ensemble des pays membres, ces derniers s'accordent pour reconnaître que les personnes handicapées constituent un groupe historiquement traité de façon discriminante. Ils reconnaissent l'urgence de rendre effectif le droit à l'égalité et à la non-discrimination car toute discrimination implique une hiérarchie. Ils s'entendent sur la nécessité d'assurer une absence de discrimination et ils s'engagent à arrêter leurs propres lois, règles et dispositions pour réaliser les objectifs permettant de concrétiser l'égalité des chances pour les personnes handicapées et la fin de la discrimination négative à leur égard¹³⁸. Que ce soit au niveau international ou européen, la lutte contre les discriminations est posée comme le moyen de permettre l'égalité des chances. Cette lutte repose sur quatre piliers qui sont : la sensibilisation du public, les soins de santé, la réadaptation et les services d'appui. Face aux discriminations négatives dont les personnes handicapées font l'objet, il est demandé aux États membres d'assurer les conditions d'une absence de discrimination dans l'accès aux droits, aux fonctions, aux pouvoirs, et aux ressources culturelles, économiques et sociales. Si les États s'accordent sur cet objectif, le mode d'intervention qu'ils proposent n'est pas identique.

4.6.3 Des algorithmes différents selon les pays

Parce qu'elle remet en cause la valeur d'égalité, la discrimination est contrée par les États à partir de mesures visant la non-discrimination afin de lutter contre les différenciations arbitraires de traitement grâce à la création d'un climat général d'équité de chances. Le travail et l'emploi représentent actuellement l'un des domaines au sein desquels les traitements distincts peuvent être considérés comme arbitraires et par conséquent constituer une discrimination. Les mesures destinées à favoriser l'accès au travail des personnes handicapées diffèrent selon les pays, mais dans tous les cas il s'agit de mesures législatives de lutte contre la discrimination qui obligent les employeurs à répondre aux besoins des travailleurs handicapés.

Afin de contrer la discrimination dont les personnes handicapées sont l'objet sur le marché du travail, les États mettent en œuvre deux types d'approches qui orientent les politiques publiques. Ces deux approches fondées l'une et l'autre sur l'égalité des chances abordent ce droit de façon différente. Les pays se répartissent en deux groupes : ceux utilisant une politique favorisant la discrimination positive (système des quotas) et ceux qui

¹³⁸ Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements et États membres, réunis au sein du Conseil le 20 décembre 1996 concernant l'égalité des chances pour les personnes handicapées (97/C 12/01), Journal officiel n° C012 u 13/01/1997, p. 1-3.

fondent leur politique sur les principes d'égalité des droits et de non-discrimination (approche par les droits civils). La distribution des pays sur l'une ou l'autre approche relève d'approches philosophiques souvent ancrées soit dans les principes nationaux en matière de bien-être social, soit dans la structure historique des services pour les personnes handicapées¹³⁹.

➤ *L'approche par les droits civils*

Cette approche vise à fournir un cadre législatif garantissant l'accès à l'emploi en milieu ordinaire, le maintien dans l'emploi et la réparation en cas de discrimination attestée. Cette approche est celle adoptée par les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Irlande et certains pays scandinaves. Selon cette approche, le principe de respect égal implique que tout le monde doit être traité de façon égale en faisant abstraction des différences traduite par une égalisation des droits. Cette approche repose sur une amélioration de la formation des personnes handicapées et sur la conviction que les personnes handicapées sont professionnellement compétitives, sous réserve que l'environnement ne les désavantage pas à cause de leur handicap. En théorie, la législation anti-discrimination doit viser avant tout à prévenir toute discrimination et non aboutir à des poursuites devant les juridictions pour protéger les droits individuels.

En ce qui concerne la France, la dimension non-discrimination a pris un nouvel élan avec la création en 2004 de la HALDE (Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et l'Égalité). Cette autorité administrative indépendante a pour mission générale de lutter contre les discriminations prohibées par la loi, de fournir toute l'information nécessaire, d'accompagner les victimes, d'identifier et de promouvoir les bonnes pratiques. Enfin, les « testings » réalisés auprès d'entreprises depuis trois ans¹⁴⁰ par Jean-François Amadiou¹⁴¹ ont permis de mettre en évidence les différentes formes que la discrimination peut prendre. Le principe du testing consiste à envoyer une série de CV pour le même emploi en modifiant une variable (l'âge, le poids, le sexe, le handicap, etc.). Les résultats obtenus rendent d'une part visibles et incontestable la discrimination dont certaines personnes font l'objet dans le contexte du marché du travail. D'autre part, ils permettent de mettre en évidence le caractère diversifié et cumulatif des discriminations. La méthode du testing ne permet cependant pas de tout mesurer, si elle est efficace pour montrer les discriminations à

¹³⁹ ECOTEC Research and Consulting Ltd., « L'étalonnage des performances politiques de l'emploi pour les personnes handicapées », Commission européenne, Emploi et affaires sociales, Sécurité sociale et insertion sociale, unité EMP/E/4, 2000, p. 4. Document format PDF, téléchargeable sur le site de la Commission européenne.

¹⁴⁰ Les résultats de ces testings sont consultables sur le site suivant : <http://cergors.univ-paris1.fr/observatoiredesdiscriminationsfd.htm>

¹⁴¹ J.-F. Amadiou est Professeur à l'Université de Paris 1 La Sorbonne et Directeur de l'Observatoire National des Discriminations.

l'embauche, elle ne permet pas de suivre leur impact au cours du développement de carrière.

➤ *L'approche par les quotas*

Cette approche est ancienne, les politiques de quota ont été introduites par l'Allemagne¹⁴², l'Autriche et la France après la Première guerre mondiale. D'autres pays tels que l'Italie et la Grèce ont mis en place de ce type d'approche ultérieurement. La politique des quotas introduit une discrimination positive dans le sens où, elle institue des inégalités pour encourager l'égalité. Ces politiques de discrimination positive substituent à une stricte égalité de traitement entre les ayants droit et entre les usagers une égalité compensatrice ou correctrice. Les bénéficiaires de ces politiques ne sont pas choisis en raison d'une situation socio-économique défavorable qu'il s'agit de résorber, mais en raison des traits innés et indélébiles. Ce type d'approche n'entre pas en contradiction avec les principes d'égalité et de non-discrimination, car afin de favoriser cette dernière, des mesures permettant un traitement différentiel peuvent être légalement instituées : « considérant que, si le principe d'égalité devant la loi ne fait pas obstacle à ce qu'une loi établisse des règles non identiques à l'égard des catégories de personnes se trouvant dans des situations différentes, il n'en est ainsi que lorsque cette non-identité est justifiée par la différence de situation. »¹⁴³ Ainsi, la discrimination positive est posée comme une pratique de justice sociale. L'approche sur les quotas repose sur la double conviction que, sans une intervention au niveau législatif, d'une part les employeurs embaucheraient peu de personnes handicapées, d'autre part les personnes handicapées ne sont pas capables d'entrer en compétition sur un pied d'égalité avec des travailleurs valides au regard de l'emploi et de l'emporter sur la base de leurs seuls mérites.

Trois modèles de quota peuvent être appliqués¹⁴⁴ :

- Recommandation juridique sans sanction : les employeurs ne sont pas obligés d'employer un pourcentage déterminé de travailleurs handicapés, mais il est recommandé de le faire. C'est le cas du système mis en place par les Pays-Bas depuis 1986.
- Obligation juridique sans sanction effective : ce système a été mis en place au Royaume-Uni après la Seconde guerre mondiale mais devant son peu d'efficacité, a été aboli en 1996 au profit d'une loi contre la discrimination.

¹⁴² Les quotas allemands initialement de 1 % puis 2 % ont été portés à 10 % après la Seconde guerre mondiale, puis à 6 % en 1974 lors de l'adoption de la loi sur les personnes sévèrement handicapées.

¹⁴³ Le Conseil constitutionnel a encadré le principe de traitement différentiel : Décision 87-232 CONS.CONST. du 7 janvier 1988 RJC, p. 319.

¹⁴⁴ Waddington, Lisa, « Reassessing the Employment of People with Disabilities in Europe: from Quotas to Anti-discrimination Laws », *Comparative Labour Law Journal*, 18, 62, 1996, p. 62-101. Cité par A. O'Reilly, 2003, p. 59-61.

- Obligations juridiques avec sanction : le système des prélèvements-subventions est la forme de système de quota qui a attiré le plus d'intérêt de la part des pays qui cherchaient à introduire ou à modifier un système de quota dans les années 1980 et 1990. Il implique la fixation d'un quota et l'obligation pour tous les employeurs visés par la réglementation qui ne remplissent pas leurs obligations à payer une pénalité ou un prélèvement qui va généralement dans un fonds utilisé pour soutenir l'emploi des personnes handicapées. Ce dernier système est celui mis en place par la France en 1987¹⁴⁵ (se substituant à la loi du 27 novembre 1957), l'Allemagne en 1974, l'Autriche et, dans une certaine mesure, la Grèce et l'Italie.

Dans un cas comme dans l'autre, les études réalisées tendent à démontrer qu'aucune de ces approches ne parvient à un résultat meilleur que l'autre. On ne dispose d'aucun exemple de système de quotas ayant permis d'atteindre l'objectif théorique (généralement un pourcentage de personnel handicapé dans une entreprise donnée – le plus souvent une moyenne ou grande entreprise). Toutefois, les partisans des systèmes de quotas soulignent que les ressources dégagées par les prélèvements ou les amendes, permettent de financer des mesures spécifiques en faveur de l'emploi des personnes handicapées. La législation anti-discrimination dans le domaine de l'emploi génère également ses propres problèmes. Dans nombre de pays, il semble que ce type de législation vise davantage à transmettre des messages aux personnes handicapées et aux employeurs qu'à apporter des solutions efficaces pour les intéressés¹⁴⁶.

4.6.4 Des images homogènes

La recherche d'égalité des chances dans le secteur professionnel s'appuie sur une représentation partagée selon laquelle ces travailleurs sont perçus, du fait de leur handicap, comme des travailleurs de moindre productivité par les milieux économiques. Elle s'appuie aussi sur le rôle primordial que peuvent jouer les aides techniques dans l'atténuation des gênes qu'entraîne une déficience. La recherche d'égalité passe aussi par une amélioration du niveau de formation initiale et professionnelle de ce public. Parmi les actions à mener pour contrer les discriminations, la lutte contre les préjugés est centrale. Ainsi, la recherche d'égalité des chances passe aussi par un effort de communication active (verbale et non verbale) à destination des valides visant à faire circuler une image positive des personnes handicapées. A titre d'exemple, on peut citer la campagne de communication de la société de travail par intérim ADIA qui a affiché des slogans « Fiez vous aux compétences, pas aux apparences ».

¹⁴⁵ Il faut noter qu'à ce système de quotas la France (comme de nombreux pays) s'est dotée d'une loi (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. Cette loi insère dans le code pénal toute une série d'articles visant à éliminer les discriminations envers les personnes handicapées, notamment en matière d'emploi.

¹⁴⁶ « L'étalonnage des performances des politiques de l'emploi pour les personnes handicapées (résumé) », 2000, *op. cit.*, p. 8.

4.7 LA MISE EN CONFORMITE DE LA FRANCE AVEC LES VALEURS ET LES NORMES INTERNATIONALES : LA REFORME DE LA LOI DE 1975

La loi d'orientation du 30 juin 1975, en créant une obligation nationale a eu pour ambition de former un ensemble cohérent de droits, de services, de prestations, de procédures et d'institutions couvrant les principaux aspects de la vie des personnes handicapées. La loi (2002-73) de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a élargi encore les domaines dans lesquels doit s'exercer l'obligation nationale de solidarité et posé le principe d'un droit à compensation des conséquences du handicap. Enfin, la loi (2002-303) du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins a elle-même réaffirmé que « toute personne handicapée a droit, quelle que soit la cause de sa déficience, à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale. »

Cependant, l'adhésion de la France à plusieurs textes européens et internationaux dont l'objectif majeur est de condamner toute forme de discrimination du fait du handicap dénotait un décalage avec sa propre législation qui ne faisait pas la différence entre une personne porteur d'un handicap et le handicap impliquant directement le rôle de l'environnement comme facteur handicapant.

4.7.1 Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées¹⁴⁷

La loi répond à trois objectifs : garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie, améliorer leur participation à la vie sociale et les placer au cœur des dispositifs qui les concernent. Elle est fondée sur le principe de non discrimination, et vise à garantir l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées. Au lieu d'une concentration excessive sur la personne handicapée, comme c'était le cas dans la loi de 1975, la loi tente d'articuler deux niveaux : le niveau de la définition des droits garantis aux personnes, le niveau des adaptations nécessaires de l'environnement¹⁴⁸. Il s'agit de rendre effectif le droit à l'égalité de traitement et à la non-discrimination. Pour la première fois, une loi française fonde une définition légale du handicap inspirée de la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé établie en 2001 par l'OMS. Celui-ci est défini dans l'article 2 comme suit : « Art L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société su-

¹⁴⁷ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

¹⁴⁸ E. Plaisance *et alii*, « Éducation, scolarisation, formation et insertion professionnelle », in V. Assante, *Mission d'étude en vue de la révision de la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées*, Rapport remis à la Ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, Paris, avril 2002.

bie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » Pour rendre effectif ce droit, les trois axes de la réforme de la loi du 30 juin 1975 visent à :

1. Rendre effectif l'accès à la Cité pour une pleine participation, en généralisant à l'ensemble des secteurs de la vie sociale le principe d'accessibilité, en organisant chaque fois que nécessaire l'indispensable adaptation des institutions ou des procédures, en développant l'accompagnement et la personnalisation des aides. C'est ainsi que dans la loi, la notion d'accessibilité ne fait plus exclusivement référence au handicap moteur mais à l'ensemble des handicaps (physique, sensoriel, cognitif, mental et psychique - art. 41). D'autres articles viennent renforcer la participation à la vie sociale : l'accessibilité des bureaux de vote à tous types de handicap (art. 73), les dispositions spécifiques pour les personnes sourdes ou malentendantes (art. 74 à 78), la reconnaissance de la langue des signes comme langue à part entière (art. 75). La loi prévoit également la représentation des associations de personnes handicapées (art. 1) dans les instances et l'organisation tous les 3 ans d'une conférence nationale du handicap par le Gouvernement à partir du 1^{er} janvier 2006 (art. 3).
2. Créer les conditions financières d'une vie autonome digne pour toute personne handicapée, en donnant un contenu au droit à compensation et en garantissant des ressources suffisantes de manière à permettre aux personnes handicapées de former leur projet personnel de vie. Le principe du droit à compensation du handicap tel que définit dans la loi du 11 février 2005 s'applique quel que soit l'âge, le mode de vie, la déficience, l'origine, ou la nature du handicap. Cette mesure est destinée à financer le coût des aides techniques (aménagement d'un logement, d'un véhicule, etc.), humaines (y compris aux aidants familiaux), spécifiques ou exceptionnelles, et animalières. Elle peut être versée aux personnes hébergées dans un établissement social ou médico-social ou hospitalisées. À noter que cette prestation sera accordée aux enfants, dans les 3 ans après publication de la loi (art. 13). La prestation de compensation remplacera l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP).
3. Organiser les institutions et les procédures de réalisation de ces objectifs dans un souci de simplification et de clarification administratives, de transparence et d'efficacité en même temps que de participation des intéressés, de leurs familles et de leurs associations aux décisions qui les concernent.

Le financement des droits nouveaux inscrits dans ce projet de loi doit être assuré par la suppression d'un jour férié. Ces moyens financiers supplémentaires seront affectés à la future Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) qui devra en garantir l'utilisation exclusive au bénéfice des personnes handicapées et des personnes âgées.

4.7.2 La formation et l'insertion professionnelle : l'affirmation du principe de non-discrimination

Le Chapitre II intitulé *Emploi, travail adapté et travail protégé* pose le principe de non-discrimination à l'embauche des personnes handicapées et tend à son effectivité au travers de mesures incitatives et de sanctions. Le principe d'un quota auprès des entreprises de plus de 20 salariés est maintenu en accompagnement du changement social que demande l'application de la non-discrimination.

Cette loi affirme un principe de non-discrimination et maintien de l'obligation d'emploi¹⁴⁹. Le texte réaffirme tout d'abord le principe de non-discrimination (art. 23). Ainsi, l'employeur doit mettre en œuvre tous les aménagements possibles afin de maintenir, faire accéder ou faire évoluer professionnellement une personne handicapée dans son entreprise (sous réserve que les frais engendrés ne soient pas disproportionnés) (art. 24). De même, les personnes handicapées peuvent demander des aménagements d'horaires pour faciliter leur accès à l'emploi, leur emploi ou leur maintien dans l'emploi (art. 24). Cette égalité de traitement est aussi valable pour les 3 fonctions publiques (territoriales, d'État et hospitalière). Dans le secteur privé, lors des négociations de branches (tous les 3 ans) ou d'entreprise (tous les ans), la problématique des travailleurs handicapés et notamment leurs conditions de travail, devront obligatoirement être abordées (art. 25).

Ce qui change par rapport aux principes de la loi du 30 juin 1975 :

- Les ateliers protégés deviennent des entreprises adaptées (art. 38) et sortent du secteur protégé pour intégrer le milieu ordinaire de travail ; les dispositions du droit du travail s'appliquent à la relation entre l'employé handicapé et l'entreprise (cela concerne l'hygiène et la sécurité, la liberté syndicale, etc.) Les collectivités locales et les sociétés privées pourront créer des entreprises adaptées.
- La loi instaure de nouveaux droits aux travailleurs en CAT (art. 39), notamment, un droit à congé, validation des acquis de l'expérience, congé parental, etc.
- Des Maisons du Handicap et des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sont mises en place.
- Est instaurée une prestation de compensation.
- Une convention d'objectifs est conclue entre l'État et l'AGEFIPH (art. 26) afin de rendre cohérentes les mesures de droit commun et les mesures spécifiques.

¹⁴⁹ Une analyse plus fine des changements qu'introduit cette loi avec celle du 10 juillet 1987 est abordée en deuxième partie chapitre 3.

En réformant la loi du 30 juin 1975, la France est en accord avec les textes internationaux auxquelles elle a adhéré. Cet accord pour être effectif reconnaît que le handicap est une notion relative qui interroge les normes qui régissent notre société, qu'il s'agisse du milieu de vie physique, social ou culturel. C'est la raison pour laquelle la réforme de la loi de 1975 repose sur le principe général de non-discrimination. Ce principe oblige la collectivité nationale à garantir les conditions de l'égalité des droits et des chances aux personnes handicapées, quelle que soit la nature de leur handicap.

Les aspirations communes des personnes handicapées à une plus grande autonomie, une pleine participation à la vie de la Cité, une plus grande liberté de choix de vie autant que la reconnaissance de la diversité des situations de handicap traduit l'évolution qui s'est faite au cœur même des associations de personnes handicapées. Le vote de cette loi n'est pas sans mettre en péril (au moins au niveau symbolique) les ressources que tirent de nombreuses associations gestionnaires d'établissements spécialisés. En effet, une application pleine et entière de la loi aboutirait à la fermeture de nombreux établissements spécialisés. Dans le même temps, cette perspective repose sur l'hypothèse selon laquelle les lois introduisent du changement social. L'expérience montre que la nature du changement détermine souvent le temps plus ou moins long nécessaire à la société pour le réaliser. Dans le cas de l'intégration des personnes handicapées, on peut parier que la durée à envisager est longue.

5 INTERLUDE METHODOLOGIQUE

5.1 UNE POPULATION DIFFICILEMENT COMPTABILISABLE¹

« Le portrait ainsi dressé de cette population que l'on nomme couramment 'les personnes handicapées' découle d'angles et d'approches très diversifiées. »²

Il est habituel de situer un sous-groupe par rapport à un ensemble : les chômeurs, les femmes, les immigrés, etc. Se livrer à un tel exercice lorsqu'il s'agit des personnes handicapées confronte le chercheur à une forme de désarroi tant les données sur cette population sont à la fois éclatées dans les diverses administrations ayant en charge une partie du traitement du handicap, souvent incomplètes, et difficiles à recouper entre elles. Autrement dit, la multiplicité des sources d'information ne permet que rarement d'établir des synthèses. Ainsi, répondre à la question « combien y a-t-il de personnes handicapées en France ? », relève d'un parcours qui s'apparente davantage à une quête sans fin, pour aboutir au final à un état des lieux insatisfaisant, qui laisse songeur quant aux critères sur lesquels se fondent les décideurs publics pour orienter la politique publique en faveur des personnes handicapées.

Les différents rapports de la Cour des comptes consacrés à la politique en faveur des personnes handicapées réitèrent systématiquement l'état d'imprécision et d'incohérence des données transmises par les différents fournisseurs de données statistiques, et ce n'est que récemment que la France est en mesure de réunir des données globales sur cette population. Comme l'indique l'enquête Handicap, Incapacité, Dépendance (HID) 1999 de l'Insee, « l'information sur le handicap et la dépendance en France est dans une situation assez paradoxale (...). L'importance des enjeux financiers pour l'équilibre des comptes sociaux est considérable (le CNIS [Comité National d'Information sur la Santé] en évalue le coût pour 1995 à 180 milliards de francs [27440823102,73 euros]), les acteurs capables de définir les besoins d'information et d'en financer la satisfaction sont nombreux et sou-

¹ A. Triomphe, 1995, *op. cit.* ; L'Enquête HID de l'Insee – Objectifs et schéma organisationnel, 1999, téléchargeable sur le site de l'Insee.

² « Le handicap en chiffres », CTNERHI, DREES, DGAS, février 2004, avant propos, Texte téléchargeable en format PDF sur le site de la DREES.

vent puissants, enfin, le vieillissement annoncé de notre population fait craindre un alourdissement des charges. Pourtant, dès le premier regard, force est de constater l'absence de toute évaluation globale fiable de la population concernée. »³ Plusieurs raisons expliquent ce constat : la multiplicité des administrations concernées, l'absence de critères communs, d'outil commun, et les frontières incertaines qui séparent les personnes handicapées du reste de la population du fait de la construction sociale du statut de personne handicapée.

5.1.1 Un système d'information éclaté...

Le dispositif français de gestion du handicap repose sur de multiples administrations qui produisent des données en se basant sur des critères particuliers (origine du handicap – être accidenté du travail, reconnu par la COTOREP, en CAT, etc.).

À l'échelon national trois directions interministérielles établissent la majeure partie des statistiques émanant des institutions publiques⁴ :

- *Le secteur éducation* : Direction de la programmation et du développement (DPD) qui relève du ministère de la Jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche.
- *Le secteur socio-sanitaire* : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui relève du ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, et du ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. Seule la DREES comporte un bureau spécifique dont les activités incluent aussi les personnes âgées.
- *Le secteur emploi* : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) qui relève du ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité. Si la DARES constitue le principal point de convergence des statistiques relatives à l'emploi des personnes handicapées, aucune convention ne la lie cependant à l'AGEFIPH, ni avec la Direction générale de l'administration et de la fonction publique.

Les organismes attribuant ou servant des allocations et des prestations (dans le champ du social notamment) concourent aussi à la production de données statistiques : CDES et COTOREP, Caisses d'allocations familiales, Caisses d'assurance maladie, service des pensions du ministère des Finances, services des départements. Enfin, à ces données il faut ajouter celles recueillies auprès des structures comme les établissements scolaires ou médico-sociaux.

³ L'Enquête HID de l'Insee, 1999, *op. cit.*

⁴ Cour des comptes, « La vie avec un handicap », Rapport au Président de la République, 2003, p. 25-29. Document téléchargeable au format PDF sur le site de la cour des comptes – <http://www.ccomptes.fr>

Enquêtes sur les handicaps au niveau national (éducation, action sociale, emploi)				
Secteur	Nom de l'enquête	Objet	Dernière enquête publiée	Périodicité
Education	Enquête 19	Commissions départementales d'enseignement de 1 ^{er} degré	2001	Annuelle
	Enquête 12	Enseignement second degré	2001	Annuelle
	Enquête 32	Enseignement spécialisé	2001	Annuelle
	Enquête enseignement supérieur	Universités, IUFM, écoles d'ingénieurs	non communiqué	
Social	CDES	CDES : Orientation	1998	Annuelle
	Ets. Spécialisés	Etablissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées	1995	Variable
	COTOREP	Commissions départementales adultes	2001	Annuelle
	Aide sociale	Aide sociale départementale	2001	Annuelle
	EHPA	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées	1996	Variable
Emploi	DOETH (1)	Entreprises de plus de 20 salariés	2000	Annuelle
	Tableau de bord des CAT	Centres d'aide par le travail	1998	Annuelle

(1) : Déclarations obligatoires d'emploi des travailleurs handicapés

Source : Cour des comptes, (2003), « La vie avec un handicap », Rapport au Président de la République, p. 28.

Les tentatives visant à harmoniser le dispositif statistique (rapprochements interministériels) restent limitées. En 2000 deux groupes de travail ont été mis en place pour rapprocher, l'un, les secteurs de l'éducation et de l'action sociales, l'autre, les sept directions de ministère compétentes pour les COTOREP (ils n'incluent ni le ministère chargé du logement, ni ceux des transports et de la justice). Dans le secteur social, la DREES a amorcé une centralisation des données, qui ne porte pas toutefois sur toutes les sources potentiel-

les. Les données relatives aux bénéficiaires de rentes d'accidents du travail émanant de la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) par exemple, publiées en 2000 par la DREES, datent de 1985. Celles des régimes agricoles d'assurance maladie sont absentes des publications de la DREES⁵.

5.1.2 ...Reposant sur des approches du handicap différentes

Cette pléthore d'enquêtes témoigne certes des efforts déployés par différentes institutions et organismes pour mieux connaître cette population, mais les résultats qui en sont issus restent difficilement analysables. D'une part ces résultats proviennent de méthodes de mesure du handicap ou des incapacités qui reposent sur l'utilisation de critères différents⁶, et d'autre part, selon l'approche utilisée et le caractère plus ou moins extensif qu'elle génère, le nombre de personnes handicapées dénombrées varie considérablement.

Qu'il s'agisse des concepts issus de la CIH 1 (déficience, incapacité, désavantages) qui donne une définition du handicap très médicale et sur laquelle s'appuie le guide barème de 1993 pour l'attribution des allocations aux personnes handicapées par la CDES et la COTOREP, ou bien de la CIH 2 qui lui a succédé en intégrant une définition plus sociologique du handicap, l'utilisation de ces définitions reste difficile pour décrire la situation des personnes handicapées⁷. Comme le souligne la Cour des comptes, jusqu'à l'enquête *Handicap, Incapacité, Dépendance* de 1999 (cf. infra), qui prend ces concepts en compte, la France accusait sur ce point un retard notable sur des pays tels que les Pays-Bas, la Grande-Bretagne ou l'Espagne⁸.

5.1.3 ... Qui génère des données parcellaires et des recoupements difficiles

Les grands repères sur la population des personnes handicapées proviennent de données sociales issues de sources administratives différentes. Comme le souligne la Cour des comptes, Il est difficile d'estimer l'ensemble des moyens consacrés aux statistiques sur les handicaps, en raison de la multiplicité des acteurs et parce que le partage entre ce qui a trait aux handicaps ou à d'autres actions n'est pas toujours possible lorsque les structures ne sont pas dédiées au handicap, ce qui est la règle hors du champ du social, dans l'éducation

⁵ *Ibid.*, Rapport Cour des comptes, 2003, p. 26.

⁶ Les CDES et les COTOREP utilisent des règles d'évaluation basées sur les déficiences telles que définies dans la CIH, la grille d'évaluation de la dépendance s'inscrit dans une logique de 'mesure' de l'incapacité, quant à l'attribution des pensions elle s'appuie sur une logique assurantielle.

⁷ La CIH 2 étant la classification internationale retenue pour élaborer des statistiques, des groupes de travail se réunissent à l'échelon européen et international pour élaborer des outils statistiques prenant en compte les facteurs environnementaux.

⁸ Cour des comptes, 2003, *op. cit.*, p. 21.

par exemple⁹. Très proches du dénombrement, ces enquêtes « traduisent, rapportées au cadre législatif et social dont elles sont l'expression, le nombre de personnes qui, en raison d'un désavantage reconnu, sont socialement repérées par une prise en charge (hébergement par exemple) ou une prestation qui leur a été octroyée. »¹⁰ Elles ne fournissent aucune information sur les besoins d'une population qui déborde du cadre législatif. À titre d'exemple on trouve des données qui répartissent les personnes handicapées en fonction de la prestation financière dont elles bénéficient :

	Nombre – (année)
Nombre de rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle	2 117 000 – (1985)
Titulaires d'une pension d'invalidité	443 000 – (1998)
Titulaires d'une pension militaire d'invalidité	456 000 – (1999)
Bénéficiaires de l'allocation d'éducation spéciale (AES)	114 000 – (2000)
Bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés (AAH)	711 000 – (2001)
Travailleurs handicapés bénéficiant de la garantie de ressource (GRTH)	117 000 – (2001)
Bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) de plus de 60 ans	41 000 – (2000)
Bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance (PSD)	130 000 – (2000)
<i>Cette prestation a été remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) depuis janvier 2002.</i>	436 000 ¹¹ – (09.2002)

Source : DREES – Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 2 000

Un autre problème est lié au double comptage : « une même personne peut compter jusqu'à quatre ou cinq taux ou catégories d'incapacité ou d'invalidité différents attribués par la Sécurité sociale, les COTOREP, une assurance, l'armée... »¹². Les approches permettant de dénombrer les personnes handicapées sont multiples et au final, elles ne permettent ni d'avoir une vue d'ensemble de cette population et de ses besoins, ni de permettre des comparaisons internationales. Les données qui sont à disposition pour connaître la population des personnes handicapées sont par conséquent approximatives. Elles regroupent

⁹ *Ibid.*, Cour des comptes, 2003, p. 26

¹⁰ J.-F. Ravaut *et alii*, 2002, *op. cit.*, p. 29.

¹¹ La forte augmentation du nombre de bénéficiaires qui apparaît entre 2000 et 2002 tient à deux facteurs : contrairement à la PSD, l'APA n'est pas récupérable sur la succession du bénéficiaire (la loi du 21 juillet 2001 instituant l'APA a supprimé tous les recours contre succession, donation et contre le bénéficiaire revenu à meilleure fortune mais a institué une participation en fonction des ressources du demandeur) ; les bénéficiaires potentiels sont classés selon une échelle de dépendance qui comprend 6 groupes, la PSD concernait les groupes 1 à 3 alors que l'APA concerne les personnes situées dans les groupes 1 à 4.

¹² P. Mormiche, « L'enquête Handicap, Incapacités, Dépendance: apports et limites », 1999, p. 5.

essentiellement le nombre de bénéficiaires de mesures ou de droits (éducation spéciale, allocations, pensions, rentes, exonérations fiscales, etc.) qui ne peuvent être totalisées sans doubles comptes (cumuls de droits) et sans omissions (non demandeurs, exclus de certains droits en raison de leurs revenus, personnes indemnisées par des assurances de droit commun, etc.) De nombreux résultats reposent sur des extrapolations se basant soit sur des enquêtes au champ limité (secteur géographique, population cible), soit sur des données de stocks, résultant de flux souvent anciens et variables qui sont insuffisantes voire trompeuses sur la projection des effectifs, donc des besoins¹³.

Il est donc difficile de connaître avec précision le nombre et les besoins des personnes handicapées. Dans son ouvrage sur l'insertion des personnes handicapées, A Labregère donne l'évaluation faite dans les années 1980 du nombre de personnes handicapées en France¹⁴. Cette évaluation repose sur l'approche dite du *grand total* : le nombre obtenu de 5 000 000 de personnes handicapées est celui auquel on aboutit en faisant le total des bénéficiaires que donne le cumul des aides aux adultes (Allocation Adultes Handicapés, pensions d'invalidité du régime général, rentes accidents du travail du régime général, pensions militaires d'invalidité¹⁵) ; des enfants inscrits dans le cadre de l'éducation spéciale et des personnes âgées devenues invalides. Ce résultat est redressé en fonction d'hypothèses sur les doubles comptes et les non décomptés. Ainsi, à la fin des années 1980, les données disponibles sur les personnes handicapées donnent une approximation selon laquelle elles représentent 10 % de la population française. Ce pourcentage « correspond à ce qui est tenu pour une approximation raisonnable par les synthèses établies pour le compte des autorités européennes. Il se situe près de quelques pourcentages officiels nationaux (Belgique : 8,6 ; Danemark : 6 ; Grèce : 10 ; Pays-Bas : 4...). »¹⁶

Ainsi, jusqu'à la fin des années 1990, l'information concernant les personnes handicapées est « multiple et diverse : enquêtes locales et statistiques sectorielles fournies ou financées par l'un ou l'autre des nombreux systèmes gérant l'aide ou la reconnaissance officielle du handicap. Cependant, toutes ces données relèvent de sources indépendantes, de méthodes de collecte et grilles d'évaluations différentes qui au final fournissent des résultats partiels le plus souvent non comparables et dont rien ne garantit qu'ils recouvrent toutes les situations. »¹⁷ Cependant, cette situation a évolué à la fin des années 1990 grâce à la première enquête nationale qui apporte des données de cadrage. A partir de l'exploitation des données de cette enquête, le caractère hétérogène de la population des

¹³ *Ibid.*, P. Mormiche, 1999, p. 4 .

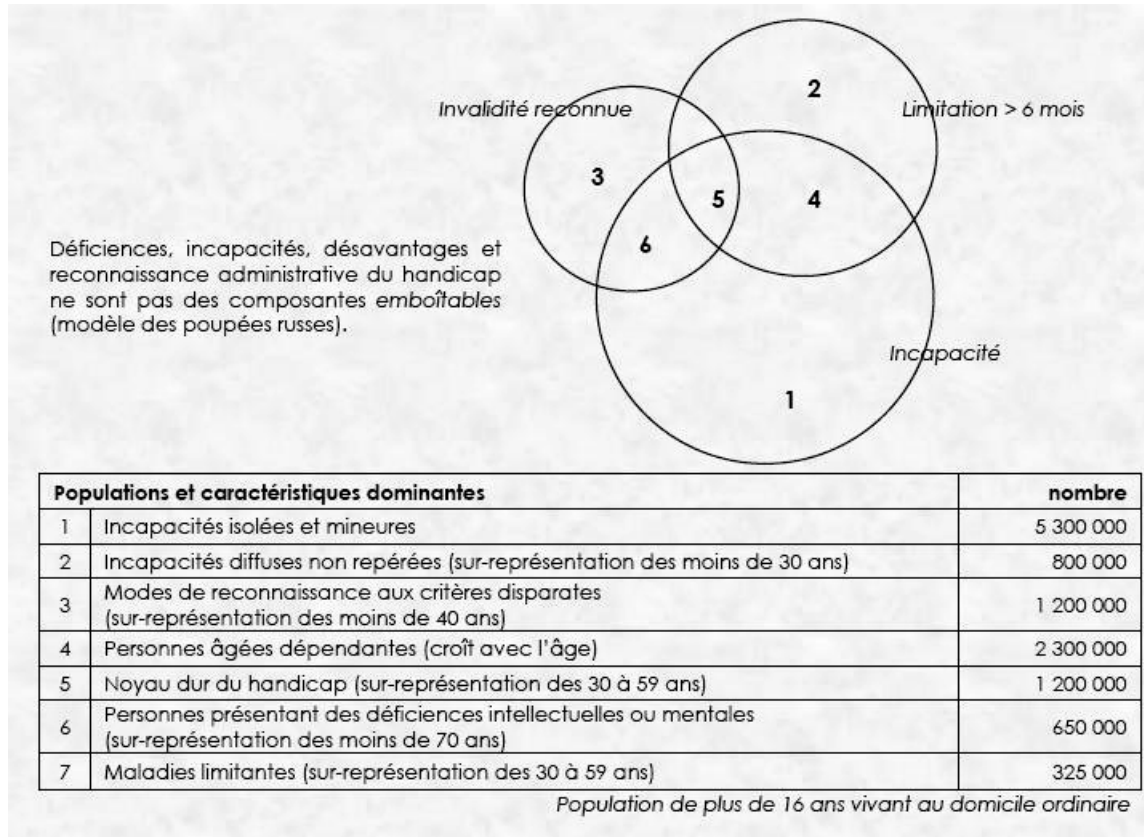
¹⁴ A. Labregère, 1989, *op. cit.*, p. 17-18. Ces données recouvrent les périodes allant de 1980 à 1986.

¹⁵ Dans ce dernier cas, les pensions versées à des veuves, orphelins et ascendants ne sont pas comptabilisées.

¹⁶ A. Labregère, 1989, *op. cit.*, p. 17.

¹⁷ P. Mormiche, 1999, *op. cit.*

personnes handicapées a été mis en évidence. Le schéma suivant est une synthèse qui, en tenant compte du croisement des critères d'invalidité, de limitation et de reconnaissance administrative, met en évidence sept types de populations handicapées¹⁸.



Ces résultats (repris dans le tableau suivant) montrent que l'âge est un caractère aggravant du risque et du niveau de déficience. Chez les moins de 40 ans, la proportion des personnes déclarant au moins une déficience est de 25 %. Elle s'élève à 40 % chez les 40-59 ans pour atteindre 75 % après 60 ans. En milieu ordinaire, l'impossibilité de réaliser sans aide au moins une activité commence selon les domaines entre 50 et 80 ans. Certaines restrictions sont plus précoces : 3 % des 40-49 ans présentent une incapacité concernant les tâches ménagères ou administratives, 5% indiquent une incapacité pour le domaine déplacement/mobilité.

¹⁸ C. Brouard, « le handicap se conjugue au pluriel », *Le handicap en chiffre*, Document de synthèse, CTNERHI, 2004, p. 17. Ce schéma est le fruit du croisement de plusieurs résultats d'enquêtes provenant de l'Insee, la Drees et la DGAS..

Caractérisation des sept « populations handicapées »¹⁹

Populations	Effectif (en milliers)	Caractérisation	Groupe d'âge ou sous représentés
Population 1 : des incapacités isolées et mineures	5 300	Personnes qui ne déclarent qu'une (ou plusieurs) incapacités, sans restriction d'activité ni reconnaissance administrative	
Population 2 : des incapacités diffuses non repérées	800	Personnes qui ne déclarent qu'une limitation d'activité, sans restriction d'activité ni reconnaissance administrative	Moins de 30 ans sur-représentés
Population 3 : des modes de reconnaissance aux critères disparates	1 200	Personnes qui déclarent une reconnaissance d'un taux d'invalidité ou d'incapacité, sans incapacité ni limitation	moins de 40 ans sur-représentés
Population 4 : les personnes âgées dépendantes	2 300	Personnes qui déclarent une (ou plusieurs) incapacité et une restriction de leurs activités, sans reconnaissance administrative	croît avec l'âge
Population 5 : le noyau dur du handicap	1 200	Personnes qui déclarent à la fois une ou plusieurs incapacités, une limitation des activités et une reconnaissance d'un taux d'incapacité ou d'invalidité	30-59 ans sur-représentés
Population 6 : les personnes présentant des déficiences intellectuelles ou mentales	650	Personnes qui déclarent avoir une (ou plusieurs) incapacités avec reconnaissance d'un taux d'invalidité mais sans limitation	moins de 70 ans sur-représentés
Population 7 : des maladies limitantes	325	Personnes qui déclarent une limitation avec reconnaissance d'un taux d'incapacité ou d'invalidité, sans incapacité	30-59 ans sur-représentés

¹⁹ *Ibid.*, C. Brouard, 2004, p. 17. Elle utilise les données issues de C. Goillot, P. Mormiche, Enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » en institution en 1998, *INSEE Résultats*, collection Démographie-Société, n°83-84, 2001.

5.2 L'ENQUETE HANDICAPS-INCAPACITES-DEPENDANCE (HID) DE 1998-1999²⁰

Deux remarques méthodologiques préalables concernant les enquêtes sur les personnes handicapées et dépendantes :

- Ces enquêtes utilisent deux notions fondamentales en épidémiologie celle *de prévalence* qui mesure à un moment donné, dénombre, dans la population étudiée, les personnes qui, à une date donnée, sont atteintes par telle ou telle pathologie ; et celle *d'incidence* qui exprime sous forme de taux, le nombre de nouveaux cas enregistrés durant une période donnée parmi la population soumise au risque.
- Elles couvrent toute ou partie de la population de la naissance à la vieillesse. Généralement, le terme handicap est utilisé lorsque l'on parle des enfants et des adultes en âge de travailler ; celui de dépendance est utilisé pour les personnes âgées. La notion de dépendance utilisée dans les domaines des handicaps physiques et surtout de la gérontologie (l'entrée aux âges élevés s'accompagne souvent de la survenue de handicap), croise le champ du handicap. La dépendance a été définie dans la loi du 24 janvier 1997 relative à la prestation spécifique dépendance (PSD) : « La dépendance (...) est l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière ».

Actuellement, les enquêtes visent l'ensemble des tranches d'âge, ceci tient à la variabilité des frontières d'âges. Ces dernières sont le fruit d'un construit social dont les récents débats sur l'allongement de l'âge de la retraite sont un exemple : la distinction entre un âge du handicap et un âge de la dépendance est fonction du rapport à l'emploi et des politiques publiques qui sont rattachées au traitement de ces questions : « c'est à 60 ans que la personne handicapée passe du régime administratif appliqué aux personnes handicapées au régime appliqué aux personnes âgées. Le seuil de 60 ans a conduit les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes à devoir héberger des personnes handicapées vieillissantes, dont les profils d'âge et les besoins de prise en charge diffèrent de ceux des personnes âgées. »²¹

²⁰ Les informations restituées dans ce paragraphe sont issues de deux articles de P. Mormiche, division des Enquêtes et études démographiques, Insee et Groupe de Projet HID, « Le handicap se conjugue au pluriel », *Insee-Première*, n° 742, août 2000 et « L'enquête HID de l'Insee : Objectifs et schéma organisationnel », 1999, ces deux articles sont téléchargeables au format PDF sur le site Internet de l'Insee : <http://www.insee.fr>.

²¹ Cour des comptes, 2003, *op. cit.*, p. 23.

5.2.1 Des évolutions démographiques qui nécessitent des données de cadrage

Les transformations démographiques de la société française, avec en particulier l'augmentation de l'espérance de vie de l'ensemble de la population, nécessitent des données de cadrage afin de fonder des prévisions, d'estimer des flux et anticiper les futurs besoins d'une population vieillissante.

Ainsi, en concomitance aux problèmes de dénombrement évoqués, l'amélioration des conditions de vie, les progrès médicaux au regard de certaines affections invalidantes (maladies cardio-vasculaires et arthrose en premier lieu) ont eu une incidence, ces dernières décennies, sur l'entrée en incapacité²² d'un nombre toujours plus grand de personnes. Dans le même temps, des incapacités liées à certaines maladies ne sont plus d'actualité : dans la population des paraplégiques, nombreux étaient ceux qui l'étaient devenu suite à la poliomyélite, maladie aujourd'hui éradiquée dans notre pays. Dans la mesure où l'état de santé de la population s'améliore, par voie de conséquence mécanique, la proportion de personnes souffrant de handicap diminue à chaque âge. De fait, « les données en stock, résultant de flux d'entrées souvent anciens et variables sont-elles insuffisantes, voire trompeuses sur la projection des effectifs et donc des besoins. »²³ Parallèlement, le vieillissement annoncé de la population française et de celui des situations de dépendance, va générer un alourdissement des charges.

Il devenait difficilement envisageable pour l'État français de continuer à piloter la politique sociale dans le champ du handicap et de la dépendance (c'est-à-dire des personnes âgées) en s'appuyant uniquement « sur la combinaison des perspectives démographiques et de la prévalence des handicaps à chaque âge. »²⁴ Comment, dans un contexte où les démographes prévoient pour les décennies à venir un accroissement massif du nombre de personnes âgées, l'État et les collectivités locales peuvent évaluer les besoins d'aide d'une population vis-à-vis de laquelle on ne dispose pas de données de cadrage ?

²² Pour rappel, les *incapacités* sont les difficultés ou impossibilités de réaliser des actes élémentaires (physiques comme se tenir debout, se lever, monter un escalier ; psychiques comme mémoriser...), ou plus complexes (s'habiller, se servir d'un téléphone, parler avec plusieurs personnes...). Elles résultent en général d'une ou plusieurs *déficiences*. Ces dernières sont les pertes (amputations, scléroses...) ou les dysfonctionnements des diverses parties du corps (membres, muscles, organes) ou du cerveau.

²³ P. Mormiche, 1999, *op. cit.*

²⁴ *Ibid.*, P. Mormiche, 1999.

Devant l'enjeu financier pour l'équilibre des comptes sociaux, au milieu des années 1990, l'État français (suite aux réitérations de la Cour des comptes²⁵ et du CNIS²⁶ pointant la nécessité absolue pour l'État et les collectivités territoriales de se doter d'outils de connaissance du nombre et des besoins des personnes handicapées et dépendantes) met en place un groupe de travail²⁷ ayant pour mission d'élaborer une enquête nationale capable d'apporter des données de cadrage sur l'ensemble des personnes handicapées et dépendantes. L'objectif central du projet confié à l'INSEE est de « fournir des données de cadrage, couvrant l'ensemble de la population [exception faite des DOM, pour lesquels devront être mis au point des questionnaires adaptés] Il ne s'agit ni de remplacer les sources existantes, ni d'en égaler toutes les qualités, mais d'en combler le manque principal : une vision d'ensemble. »²⁸

5.2.2 Les objectifs de l'enquête

L'enquête HID réalisée entre 1998 et 1999²⁹, constitue la mise au point d'un projet français qui a été le résultat d'une coopération étroite entre les principaux organismes de recherche travaillant dans le champ du handicap. L'objectif central confié à l'INSEE était de fournir des données de cadrage couvrant l'ensemble de la population³⁰. Cette enquête ne vise pas à remplacer les sources existantes mais à en combler le manque principal : une vision d'ensemble. Elle vise à établir pour la première fois en France une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicaps - y compris ceux liés aux atteintes de l'âge – à décrire leur situation sociale, relever l'aide dont elles bénéficient et permettre l'évaluation de celle qui leur serait nécessaire.

²⁵ Cour des comptes, Rapports publics annuels de 1982, 1987, et 1998 et dans deux rapports publics particuliers de novembre 1993 sur « Les politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes » et décembre 1995 sur « La décentralisation en matière d'aide sociale ».

²⁶ « Handicap et dépendance : l'amélioration nécessaire du système statistique », 1997, CNIS, n° 35, juillet 1997.

²⁷ « Le groupe de projet mis sur pied à cette occasion comprenait en effet des chercheurs du CREDES [Centre de recherches, d'études et de documentation en économie de la santé], du CTNERHI, de la FFP [Fédération française de psychiatrie], de l'INED [Institut national d'études démographiques], de l'INSERM [Institut national de la santé et de la recherche médicale], et naturellement au nom du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, de la MIRE [Mission de recherches du ministère de l'Emploi et de la solidarité] et du SESI [service des études et des systèmes d'information]. La MIRE et le SESI sont fondus au sein d'une même direction : la DREES (décret n° 98-1079 du 30 novembre 1998) », in P. Mormiche, 2000, *op. cit.* p. 1.

²⁸ P. Mormiche, 1999, *op. cit.*, p. 4.

²⁹ Cette enquête comporte quatre vagues de collecte : menée au dernier trimestre 1998, la première série a concerné les personnes résidant ou soignées en institution. Elle a recueilli les réponses de 14 600 personnes ou de leurs proches (Voir à ce propos : « Les personnes dépendantes en institution », Insee-Première n°669 d'août 1999). Fin 1999, le même questionnaire a été adressé à un échantillon de personnes vivant en domicile ordinaire, 16 600 personnes ont répondu au questionnaire. Deux autres vagues d'enquête ont eu lieu auprès des mêmes personnes fin 2000 et 2001.

³⁰ Exception des DOM pour lesquels devront être mis au point des questionnaires adaptés.

L'enquête HID couvre quatre objectifs :

- Enquêter sur les personnes vivant en institutions³¹ et celles vivant en milieu ordinaire³². S'il va de soit que dans les institutions pour personnes handicapées ou âgées et les établissements psychiatriques une forte proportion des pensionnaires relève du champ de l'enquête, le problème se pose différemment pour celles vivant à leur domicile. À l'heure où le gouvernement impulse une politique de maintien à domicile, il devient primordial de disposer d'informations fiables sur cette sous-population. De plus, se limiter aux personnes bénéficiant d'une aide serait admettre qu'il y a adéquation (au moins quantitative) entre les systèmes d'aides et les besoins. Des évaluations faites par le SESI (Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information) montrent que 35 % des personnes de plus de 65 ans lourdement dépendantes vivent en institution. Ainsi, la majorité des personnes dépendantes vivent à domicile.
- Assurer un suivi des personnes enquêtées. Ce suivi permettra de connaître l'évolution ou la rémission de certaines affections et d'estimer la mortalité spécifique selon les types de déficiences et leur sévérité.
- Utiliser un questionnaire offrant une synthèse raisonnée de très nombreuses grilles d'évaluation existantes concernant les incapacités ou le handicap.
- Prendre en compte les besoins locaux – en particulier l'échelon départemental qui constitue le niveau local le plus pertinent au regard de la structuration de la politique de la santé. Afin de réduire le coût de l'enquête, l'INSEE a choisi d'utiliser les résultats de deux autres enquêtes³³ : l'enquête *vie quotidienne et santé* (VQS) et le *recensement de la population*. Cette approche a nécessité la mise au point de méthodes d'estimation de résultats départementaux à partir de ces enquêtes nationales. Enfin l'intérêt de tenir compte du niveau départemental est la prise en compte de certaines disparités géographiques : « ainsi, le recensement de 1851, qui comportait un comptage des goitreux – et parmi eux des 'crétins-goitreux' – avait permis de constater une répartition géographique très inégale, et confortée l'hypothèse que l'insuffisance de sel et d'iode dans l'alimentation jouait un rôle considérable. »³⁴

³¹ Au total le champ de l'enquête en institutions incluait 11 500 établissements rassemblant quelques 650 000 pensionnaires. Pour l'échantillon national, ont été tirés un peu plus d'un établissement sur six (2 075) et huit pensionnaires dans chacun (≈ 15 000 personnes).

³² L'enquête en milieu ordinaire a concerné ≈ 20 000 personnes (ces personnes ont été sélectionnées à partir d'une pré-enquête concernant un échantillon de 300 000 personnes).

³³ Comme l'indique P. Mormiche, « il paraissait exclu de pouvoir miser sur la disponibilité de fichiers nationaux suffisamment homogènes : pour ne prendre qu'un exemple, les nombres de décisions de reconnaissance d'un handicap par les COTOREP (adulte avec l'attribution de l'AAH, ou âgé, avec celle de la PSD [Prestation Spécifique Dépendance]) sont extrêmement variables d'un département à l'autre, et semblent trop liées à la disparité des politiques départementales en ces matières », P. Mormiche, 1999, *op. cit.*, p. 7.

³⁴ *Ibid.*, P. Mormiche, 1999, p. 6.

Cette enquête s'intéresse aux conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes. Le dispositif d'enquête mis en place permet d'analyser l'évolution – positive ou négative – des situations individuelles dans l'échelle de sévérité des handicaps. Très peu d'informations existent aujourd'hui sur les cas de rémission de certaines incapacités en lien avec les progrès médicaux : c'est le cas par exemple de la cataracte qui s'opère aujourd'hui avec succès et ne conduit plus les personnes qui en souffrent à une forte déficience visuelle permanente.

5.2.3 Une approche méthodologique basée sur la CIH

L'enquête HID se distingue des enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux que l'INSEE conduit depuis 1960 avec la collaboration du CREDES³⁵ par l'objectif qu'elle se donne. Ces dernières ont un point de vue principalement médical. Leur objet est double : mesurer la prévalence des maladies, et plus généralement des différentes causes d'altération de la santé, ainsi que la nature et la fréquence des traitements, préventifs ou curatifs. L'enquête HID quant à elle, s'intéresse aux conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes. Il s'agit d'une approche sociale plus que médicale, touchant aux besoins d'assistance technique ou humaine, et aux aides effectivement dispensées. Bien qu'élargissant le point de vue, elle demeure dans le champ de la santé³⁶.

D'un point de vue méthodologique cette enquête doit s'inspirer de l'approche proposée dans la CIH afin de répondre aux interrogations concernant les besoins et l'évolution des besoins des personnes handicapées et des personnes dépendantes. De plus, construire une enquête selon la logique portée par la CIH constitue aussi le moyen d'être en conformité vis-à-vis des exigences de comparaisons internationales. La nomenclature proposée par l'OMS constitue un cadre permettant, à partir d'enquêtes, d'obtenir des données de cadrage, fonder des prévisions et estimer des flux. Les enquêtes réalisées sont susceptibles de fournir les informations nécessaires à l'amélioration des politiques sociales et de santé en montrant les points à partir desquels il est possible d'agir sur le handicap pour le réduire : la recherche et les soins médicaux pour guérir ou prévenir une maladie ; la mise au point et à disposition d'appareillages pour réduire une déficience ; la diffusion d'aides techniques ou l'apport d'aide humaine pour la réalisation des tâches quotidiennes ; la conception d'une action sur l'environnement.

³⁵ Le CREDES est un bureau d'études indépendant créé en 1984. Ses experts (médecins, pharmaciens, économistes, planificateurs, gestionnaires, ingénieurs) mettent à la disposition des institutions publiques ou privées, nationales ou internationales leur expérience et leur savoir faire pour contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations sur la base du principe défini par l'Organisation Mondiale de la Santé du droit à la santé pour tous.

³⁶ *Ibid.*, P. Mormiche, 1999, p. 1.

5.2.4 Les limites de l'enquête HID

Cette enquête étant déclarative, elle comporte certaines limites qui affectent le champ couvert dont les concepteurs avaient d'ailleurs conscience. Comme toute enquête sur échantillon, elle rencontre deux types de limites : les phénomènes trop rares ne peuvent être évalués ; et l'ensemble des résultats est affecté d'une imprécision. Cette dernière est d'autant plus forte qu'on s'intéresse à des sujets encore mal intégrés dans notre culture (comme ont pu l'être longtemps certaines maladies) et donc mal déclarés par les personnes interrogées³⁷.

Toutefois, si l'enquête HID apporte de nouveaux éléments permettant de mieux cerner et connaître les besoins des personnes handicapées et dépendantes, certaines catégories sont encore mal connues. Il en va ainsi des personnes traumatisées crâniennes dont certaines gardent de lourdes séquelles (pouvant aller jusqu'à un état végétatif). Ce handicap reste mal identifié et en l'absence d'enquête épidémiologique, la population concernée est difficile à évaluer ainsi que les modalités de leur accompagnement. Il en est de même pour les handicaps rares qui connaissent aussi les mêmes difficultés de définition. La liste des handicaps rares est fixée par décret en Conseil d'État. Cependant, la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (installée en 1991) qui doit apporter une contribution à la définition du handicap rare, n'a pas rempli sa mission et le décret qui devait fournir la liste de ces handicaps n'est pas paru. Cette absence de définition constitue une gêne pour la définition des besoins de ces personnes et du niveau de planification adéquat pour y faire face. Actuellement, deux circulaires³⁸, viennent combler le vide juridique créé par l'absence de définition du handicap rare. Elle est limitée³⁹ en ce qui concerne les enfants handicapés, notamment les très jeunes enfants ; certaines formes de handicap sont sous-évaluées, notamment les handicaps mentaux, difficiles à repérer en population générale car très probablement sous-déclarés ; certaines populations sont laissées en dehors de l'enquête en raison de leurs conditions de vie particulières (personnes incarcérées, sans-abri, personnes vivant dans les communautés religieuses ou dans les cités universitaires)⁴⁰. Enfin, pour des raisons de coût, et en raison de difficultés particulières, les DOM-TOM⁴¹

³⁷ P.Mormiche, « L'enquête « Handicap, Incapacités, Dépendance : apports et limites », Paris, *Revue française des affaires sociales*, n°1-2, 2003.

³⁸ L'une du 5 juillet 1996 qui élabore une doctrine sur les définitions, les modalités techniques de prise en charge et la programmation des réponses aux besoins propres à ces catégories de personnes handicapées, et l'autre du 5 mars 1998 qui prévoit l'élaboration d'un plan d'action pour améliorer la prise en charge des handicaps rares.

³⁹ Cour des comptes, 2003, *op. cit.*, p. 34.

⁴⁰ A plus long terme des enquêtes spécifiques sont prévues pour connaître les besoins de ces groupes.

⁴¹ L'INSEE a programmé une enquête à la Réunion en 2003-2004. A plus long terme des enquêtes spécifiques sont prévues pour connaître les besoins de certains groupes: les sans-abri, les étudiants, les religieux, les prisonniers des établissements pénitentiaires.

n'ont pas été couverts par l'enquête, alors qu'ils présentent vraisemblablement des caractéristiques particulières.

5.2.5 Les principaux résultats de l'enquête

Les résultats de cette enquête donnent une estimation du nombre de personnes touchées par divers types de handicap (y compris ceux liés aux atteintes de l'âge), décrivent leur situation sociale, pointent l'aide dont ils bénéficient et permettent l'évaluation de celle qui leur serait nécessaire⁴². Le point marquant de cette enquête tient à la diversité des populations observées. De fait, l'idée selon laquelle il existerait une population handicapée homogène permettant un traitement global est battue en brèche. Les résultats de cette enquête conduisent plutôt à considérer chaque facette du handicap comme une ligne d'investigation en propre, le croisement des différentes approches offrant un panorama le plus complet possible de la question⁴³. Les principaux résultats qui ressortent de cette enquête sont les suivants⁴⁴ :

- Environ 2,3 millions de personnes, vivant à leur domicile, perçoivent une allocation, une pension ou un autre revenu en raison d'un handicap ou d'un problème de santé.
- En 1999, près de 3,97 millions de personnes se déclaraient titulaires d'un taux d'incapacité reconnu officiellement, soit 6,8 % de la population (la population de référence est de 57,43 millions de personnes).
- Plus de 5 millions de personnes bénéficient d'une aide régulière pour accomplir certaines tâches de la vie quotidienne, pour les mêmes raisons. Deux fois sur trois, l'aide est apportée par l'entourage proche.
- Les difficultés vécues sont d'intensité très variable selon la nature, l'origine et la gravité des atteintes.
- Les femmes déclarent plus souvent que les hommes des déficiences motrices ou des déficiences intellectuelles ou mentales. A l'inverse, les hommes sont plus souvent concernés par les déficiences sensorielles.
- L'âge est un facteur aggravant : ainsi, les déficiences motrices affectent deux tiers des nonagénaires.

⁴² P. Mormiche, 2000, *op. cit.*

⁴³ I. Ville *et alii*, « Les désignations du handicap : des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative », Paris, *Revue française des affaires sociales*, n°1-2, 2003.

⁴⁴ Pour plus de détails voir C. Goillot, P. Mormiche, Enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » en institution en 1998, *INSEE Résultats*, collection Démographie-Société, n°83-84, 2001. ; C. Goillot, P. Mormiche., Enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » auprès des personnes vivant à domicile en 1999, *INSEE Résultats*, collection Société, n°6, 2002 ; P. Mormiche, « L'enquête « Handicap, Incapacités, Dépendance : apports et limites », Paris, *Revue française des affaires sociales*, n°1-2, 2003, etc. Sur le site de l'APF - <http://www.moteurline.apf.asso.fr/epidemiostatsevaluation/epistats.htm>.

Part en % de personnes déclarant :	Hommes	Femmes	Ensemble
Etre affecté d'une déficience	38,3	42,4	40,4
Etre titulaire d'un taux d'incapacité (1)	8,3	5,3	6,8
Rencontrer un problème d'emploi (2)	13,6	14,1	13,9
Suivre un enseignement adapté (3)	5,7	4,3	5,0
Recourir à des aides techniques	10,2	13,0	11,6
Recourir à une aide humaine	7,7	12,7	10,3
Etre aidé pour sortir	3,4	5,5	4,4
Etre confiné au lit	0,3	0,7	0,5
Recevoir une allocation	5,9	3,2	4,5

Source : Enquêtes HID 1998 et 1999 (ce tableau concerne les personnes en institution et à domicile)

(1) : Proportion de personnes pour lesquelles on a reconnu officiellement un taux d'incapacité

(2) : Parmi les 20 ans et plus : les personnes inaptes à l'emploi, ou ayant dû l'abandonner, ou devant avoir un emploi aménagé

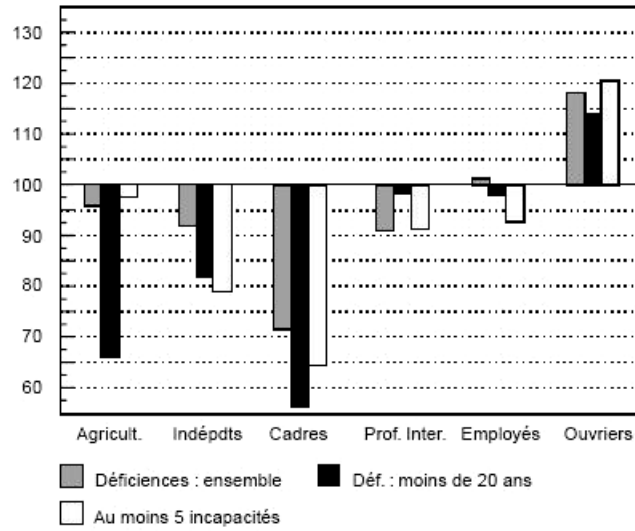
(3) : Parmi les 6-16 ans scolarisés

Les inégalités sociales sont très marquées dans le domaine du handicap : un jeune, fils d'ouvrier, est deux fois plus souvent atteint d'une déficience qu'un enfant de cadre. La proportion des personnes déclarant une déficience chez les ouvriers est 1,6 fois plus forte que chez les cadres et la probabilité pour un enfant d'ouvrier d'entrer en institution est sept fois plus importante que pour un enfant de cadre ou profession libérale. Par ailleurs, l'origine sociale joue aussi sur les conséquences des déficiences : à déficience égale, les désavantages dans la vie quotidienne sont plus importants dans les milieux plus modestes⁴⁵.

⁴⁵ *Ibid.*, P. Mormiche, 2000, p. 3.

③ Déficiences et incapacités selon le milieu social d'origine

Indices à sexe et âge comparables pour les déficiences,
et à sexe, âge et nombre de déficiences comparables pour les incapacités

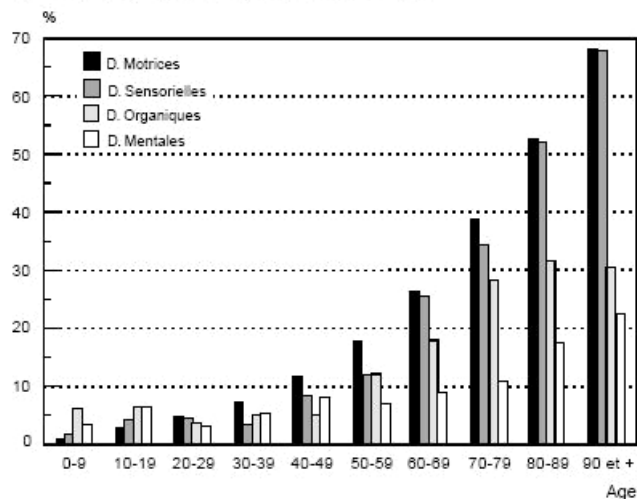


Note de lecture : dans les familles de cadres supérieurs la survenue d'au moins 5 incapacités est 65 % de ce que l'on aurait attendu, toutes choses égales par ailleurs.

Source : Enquête HID 99

Le traitement des données met en évidence une corrélation entre l'âge et le type de déficiences⁴⁶.

① Les déficiences par type et par âge



Source : Enquête HID 99

L'intérêt de l'enquête HID est d'avoir montré que la notion de handicap regroupe en fait des sous-populations distinctes qui ne s'emboîtent pas (selon l'image des poupées russes) les unes dans les autres. Si les grands principes orientant les politiques publiques à destination des personnes handicapées sont transversaux, le handicap est un terme qui regroupe des situations et populations hétérogènes qui posent chacune des problèmes spécifiques pour la mise en œuvre des politiques publiques. Certes, le champ couvert par l'enquête HID déborde largement celui de cette thèse puisqu'elle offre un quasi recensement général de la population handicapée, incluant les inactifs (enfants, retraités, malades en institution, etc.) tandis que l'on s'intéresse surtout ici à la population handicapée active. Mais elle permet de resituer la population ciblée dans ce travail par rapport à la population totale et elle comble une grande partie des lacunes d'information qui contraignaient à poser des hypothèses à défaut de pouvoir mener des analyses.

⁴⁶ P. Mormiche, 2000, *op. cit.*, p. 3.

6 CONCLUSION

Si l'intégration des personnes handicapées est devenue l'une des priorités nationales définies par le Président de la République en 2002¹, le thème du handicap est longtemps resté un thème marginal pour la société. Résultat d'un empilement de lois dont les logiques s'inscrivent dans une tension entre assistance et réparation, ce n'est que récemment que le secteur du handicap (à prendre dans le sens d'un découpage du réel autour d'un problème) englobe l'ensemble d'un public dont le point commun est d'être reconnu par des experts pouvant identifier un problème comportant un aspect médical quantifiable.

Dans le domaine de l'emploi, historiquement la reconnaissance de l'inaptitude est structurante pour tracer une frontière entre ceux qui peuvent être dédouanés de l'obligation de travailler et ceux qui ont l'obligation de travailler. Concernant les personnes handicapées, les critères permettant d'évaluer l'inaptitude ont évolué sous la triple influence des progrès médicaux, des modèles permettant de définir le processus handicapant et les orientations gouvernementales prises. L'objectif de la loi du 30 juin 1975 en soulignant « la nécessité de donner à tous les handicapés la possibilité d'exercer une activité professionnelle dans des conditions aussi proches que possible de celles du reste de la population apparaît aujourd'hui incontestée. Pour les intéressés, la participation à la production est un moyen privilégié d'intégration ou de réintégration sociale. »² Cet objectif est marqué par le passage historique de l'infirme au handicapé qui se réalise entre 1957 (travailleur handicapé) et 1975 (personne handicapée). Ce passage traduit l'évolution d'une conception du handicap où prime l'origine, les causes, à une conception où prime une démarche téléologique par rapport à l'emploi et, pour reprendre J. Kristéva, « l'infirme réintègre la société et accède au statut de sujet de droit, sur les plans aussi bien politique que social. »³ Cependant, la loi du 30 juin 1975 a reconduit un modèle d'insertion professionnelle des personnes handicapées selon une logique ségrégative : les législateurs ont choisi une différenciation des régimes comportant en elle-même un principe de ségrégation⁴. Pour ceux d'entre eux qui le peuvent, l'insertion professionnelle en milieu ordinaire est une

¹ Les deux autres sont la lutte contre le cancer et la sécurité routière.

² J. Gravier, rapport, n° 211, Sénat, Première session ordinaire de 1974-1975, cité par P. Blanc, 2002, *op. cit.*

³ J. Kristéva, *Lettre au président de la République sur les citoyens en situation de handicap, à l'usage de ceux qui le sont et de ceux qui ne le sont pas*, Paris, Fayard, 2003, p.16.

⁴ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 269.

priorité, elle est soutenue depuis 1987 par un principe de discrimination positive traduite en aides financières⁵ (cf. deuxième partie). Pour ceux qui, tout en pouvant travailler, ne remplissent pas les conditions (de productivité et de comportement) attendues, les législateurs ont stabilisé un secteur protégé (centres d'aides de travail et ateliers protégés) dans un cadre salarié aménagé⁶.

Près de 30 ans après la loi d'orientation du 30 juin 1975, l'objectif de cette loi, qui posait l'intégration des personnes handicapées comme une obligation nationale, reste une ambition à réaliser. Au-delà de cette ambition, ce sont les cadres même de sa réalisation qui se sont transformés sous l'influence des valeurs et normes internationales. Comme on l'a vu, les termes dans lesquels se définit cette intégration ont évolué grâce aux débats qui se sont noués autour de la recherche d'un modèle pouvant permettre d'expliquer le processus handicapant. Ces modèles mettent en évidence la construction sociale de la notion d'handicap et il est dorénavant admis qu'il n'y a pas de lien causal entre le fait d'être porteur d'un handicap et celui de vivre une ou des situation(s) handicapante(s). S'il est aujourd'hui acquis que le handicap ne peut être réduit à la seule déficience ou aux incapacités qui en résultent, il ressort des débats que le handicap est une notion relative qui interroge les normes qui régissent notre société, qu'il s'agisse du milieu de vie physique, social ou culturel. En France, l'adoption de la loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées en 2005, permet à la société française d'être en adéquation avec les engagements pris au niveau international. Cette loi érige le principe de non discrimination comme une valeur devant accompagner le changement social et permettre de garantir les conditions de l'égalité des droits et des chances aux personnes handicapées. En adhérant aux valeurs et normes internationales qui prônent l'égalité des chances, l'ensemble de la société est désormais appelé à accueillir les personnes handicapées et à orienter ses efforts pour prendre en compte la diversité des situations qu'elles vivent. Ce changement, implique que la nouvelle législation organise de manière systématique l'accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population.

⁵ C. Guitton associe cette forme d'insertion à du *travail alloué*, c'est-à-dire aux différentes modalités de dérogation aux règles légales et conventionnelles de détermination du revenu salarial (salaire direct et indirect) opérées dans le cadre des *politiques de réduction du coût du travail* qui permettent une réduction des coûts salariaux (primes à l'embauche, exonération de charges, etc. A ces politiques centrées sur l'allègement du coût du travail pour favoriser l'emploi se rattachent les *politiques dite d'activation des dépenses passives*, dans lesquelles les dépenses d'indemnisation du non travail (que ce soit dans le cadre du régime d'assurance chômage, du régime de solidarité ou du revenu minimum d'insertion) sont utilisées à des fins de politique active de l'emploi (formation, reconversion, reclassement, insertion), contribuant ainsi à la généralisation du recours au travail alloué. *Ibid.*, C Guitton, 1996, p. 275.

⁶ C. Guitton associe à ces formes particulières d'emploi la notion de *travail différencié*, qui regroupe les différentes formes d'emploi qui dérogent à l'une ou l'autre des trois principales caractéristiques du *contrat de travail* dans le cadre de l'emploi typique : la durée indéterminée du contrat, l'exercice de l'activité à temps plein et l'unicité de l'employeur. *Ibid.*, C Guitton, 1996, p. 275.

Cependant, la loi du 11 février 2005 n'a pas aboli, malgré l'adoption du principe de non-discrimination devant motiver le changement social vers une égalité de traitement. Ainsi, tout en affirmant le principe de non-discrimination et l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de leur citoyenneté, la loi maintient, comme elle l'avait fait précédemment, une différenciation des régimes en laissant coexister des structures spécialisées « à côté » des dispositifs de droit commun. Cette apparente contradiction reflète la difficulté à produire du changement social : si la loi fixe l'objectif, sa mise en œuvre dépend de la capacité des différents segments de la société à modifier ses attitudes à l'encontre des personnes handicapées.

Université Victor Segalen – Bordeaux 2

Année **2006**

Thèse n° 1333

THESE

Pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITE BORDEAUX 2

Mention : Sciences de l'Education

Présentée et soutenue publiquement

Le : **29 Septembre 2006**

Par : **GAYRAUD Laure**

Née le 21 juillet 1961

Titre de la thèse

**LA POLITIQUE D'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES
GÉNÈSE ET MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE ORDINAIRE**

(Le cas de la Gironde)

Tome 2

Membres du jury

Alain BLANC Professeur de Sociologie, UFR Sciences de l'Homme et de la Société, Université Pierre Mendès France

Rapporteur

Claude SORBETS – Directeur de recherche CNRS section 40, CERVL Pouvoir, Action publique, territoire, UMR 5116

Rapporteur
Président

Christophe GUITTON, Chef de département : département professions et marché du travail, CEREQ

Joël ZAFFRAN, Directeur du directeur du Centre de formation en sciences sociales appliquées, Département de Sociologie, Faculté des Sciences de l'Homme, Université Victor Segalen - Bordeaux 2

Alain JEANNEL, Professeur émérite, Université Victor Ségalen – Bordeaux 2

Directeur de thèse

SECONDE PARTIE

**La mise en œuvre d'une politique ordinaire
l'exemple de la Gironde**

INTRODUCTION

Le vote de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 intervient dans un contexte de crise économique qui s'accompagne d'une montée du chômage de masse. Avec la dégradation du marché du travail, la mutation des économies occidentales et leurs effets sur le volume du nombre de chômeurs, les travailleurs handicapés vont perdre le monopole du chômage de longue durée (tout en restant cependant ceux qui cumulent les durées d'inscription au chômage les plus longues). Dans le même temps la création de dispositifs d'insertion à la périphérie du secteur marchand pour les chômeurs valides va, dans une certaine mesure, faire perdre le caractère particulier de la politique spécifique à l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Dès le milieu des années 1980, les demandeurs d'emploi handicapés ne sont plus les seuls à encombrer durablement la file d'attente du chômage, ils partagent cette condition avec nombre de demandeurs d'emploi valides ; leurs parcours d'insertion tendent à s'aligner sur ceux des chômeurs valides durablement exclus du marché du travail. Examiner les inflexions qu'a connu la politique de l'emploi (les analyses dominantes qui ont été successivement adoptées pour expliquer la structure du chômage ainsi que les dispositifs mis en place) est une entrée permettant d'une part de mettre à jour les similarités entre dispositifs de droit commun et droit spécifique, et d'autre part, resituer dans un contexte général de lutte contre le chômage de longue durée la transformation que va connaître la politique spécifique destinée à l'insertion des personnes handicapées (chapitre 1). En période de dégradation du marché du travail, les travailleurs handicapés vont se retrouver parmi les chômeurs ayant les plus grandes durées de chômage à leur actif. La mise en place de mesures de lutte contre le chômage de longue durée utilisant le secteur non marchand comme sas devant permettre de « transformer » les exclus valides du marché du travail en demandeurs d'emploi compétitif, s'apparente au modèle de la transition professionnelle mis en place pour les personnes handicapées au cours des années 1950. Le chapitre 2 propose une mise en perspective de ce modèle appliqué aux personnes handicapées et aux chômeurs de longue durée ainsi qu'une analyse de son « efficacité » dans la réinsertion professionnelle en milieu ordinaire de ces deux publics. À la fin des années 1980, alors que le chômage de longue durée devient un paramètre constant, une nouvelle loi organise l'accès des personnes handicapées au marché du travail. Ils bénéficient dorénavant d'une législation spécifique basée sur une obligation de résultats : les entreprises de plus de 20 salariés doivent compter dans leur effectif 6 % de travailleurs handicapés. La rénovation de l'obligation

d'emploi des travailleurs handicapés en imposant une obligation de résultat va générer des recettes financières dont la gestion va être confiée à une association paritaire gestionnaire : l'AGEFIPH. La mise en œuvre de la loi du 10 juillet 1987 va s'accompagner d'une nouvelle répartition des compétences entre l'État et l'AGEFIPH. L'État attribue à une association la gestion de l'obligation d'emploi d'un public spécifique¹. Ce transfert de compétences marque l'externalisation de la politique de l'emploi pour les personnes handicapées ; dans le même temps, il s'accompagne de la réorganisation des légitimités quant à la définition des orientations de la politique de l'emploi dédiée aux personnes handicapées. Les missions de l'AGEFIPH (améliorer le taux d'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire) adossée à un principe de subsidiarité (être complémentaire aux mesures existantes ou bien développer l'innovation), vont lui permettre d'être présente dans l'ensemble des étapes participant au processus d'insertion des travailleurs handicapés. La transformation du paysage politico-administratif va modifier les modalités de définition des orientations de la politique d'insertion professionnelle des personnes handicapées et demander aux services de l'État de s'adapter à l'intervention d'un nouvel acteur (chapitre 3). Les transferts de compétences de l'État vers l'AGEFIPH, qui se produisent au cours des années 1990, vont donner à cette dernière une grande autonomie vis-à-vis de l'ensemble des organismes intervenant dans le champ de l'insertion professionnelle des personnes handicapées. À l'égard d'un public délaissé par les entreprises, cumulant les handicaps (faible niveau de qualification, plus âgé que la moyenne des demandeurs d'emploi, et dont le taux de chômage est très élevé), l'égalité des chances va être recherchée en tentant d'apporter de nouvelles réponses aux différents problèmes spécifiques à ce public : amélioration d'une offre de formation sous-dimensionnée, sensibilisation des entreprises, développement d'actions innovantes, etc. une série de transferts de compétences vont se succéder donnant peu à peu à l'AGEFIPH un pouvoir de plus en plus grand qui lui permet en quelques années de modifier le paysage organisationnel qui contribue à l'insertion des personnes handicapées. En peu de temps, le champ de l'insertion des personnes handicapées s'est modifié et complexifié nécessitant d'améliorer les relations entre les différents organismes et de mieux articuler politique générale de l'emploi et volet spécifique (chapitre 4). Au niveau local, la mise en œuvre de cette politique va se réaliser, via la mise en place en 1991 des PDITH dans un contexte de redéploiement des politiques sociales sur une base territoriale. Le PDITH est un dispositif à l'interface de la conception et de la mise en œuvre de l'action publique en matière d'insertion des personnes handicapées ; il ouvre à une multiplicité d'acteurs l'accès à la redéfinition d'un intérêt public localisé. Son objectif est de permettre l'ajustement des priorités nationales aux spécificités locales et d'assurer l'articulation entre les différents dispositifs participant à l'égalisation

¹ Le phénomène d'essaimage des services de l'emploi, sur une base de spécialisation par type de public, se rencontre déjà en 1982, avec la création des missions locales et des permanences d'accueil d'information et d'orientation (PAIO) pour les jeunes.

des chances des personnes handicapées sur le marché du travail afin d'optimiser la construction des parcours d'insertion. Cependant, cet enjeu est partagé par des structures dont les ressources (en particulier leur capacité à organiser leurs intérêts) sont réparties inégalement : se côtoient des organismes légitimés dans leur action par une inscription historique et dotés de compétences qui leur préserve un champ d'action (Direction départementale du travail et de la formation professionnelle – DDTEFP, Caisse régionale d'assurance maladie – CRAM, service public de l'emploi – ANPE, AFPA) ; de petites structures offreurs de services aux ressources moindres et dans un rapport plus fort d'interdépendance – associations, organismes de formation et d'insertion ; et l'AGEFIPH qui occupe une place particulière dans l'ensemble des organismes intervenant dans le champ de l'insertion de personnes handicapées². Dans le nouvel ordonnancement politico-administratif qui découle des lois de décentralisation et de leur corollaire la déconcentration, l'État définit un cadre général, établit les règles du jeu pour l'action publique (modes de financement, création « d'espaces de coopération », types d'acteurs à mobiliser, etc.) mais, il ne peut plus imposer seul sa définition du problème de façon unilatérale car il n'en a plus les moyens. Dans des conditions d'exercices où les metteurs en œuvre voient leur autonomie accrue, les risques de dérives centrifuges vont en augmentant, chacun défendant à la faveur de la concertation et de ses marges de manœuvre sa propre logique. Le chapitre 5 propose, à partir d'une observation du PDITH de la Gironde, une lecture de dix ans de mise en œuvre localisée de la politique de l'emploi à destination des personnes handicapées.

² L. Gayraud, « Aux frontières du droit commun : la formation professionnelle des personnes handicapées », in T. Berthet (dir.), *Les régions et la formation professionnelle*, Paris, LGDJ, 1999.

1. LES ORIENTATIONS PRIORITAIRES DES POLITIQUES DE L'EMPLOI

Au lendemain de la Seconde guerre mondiale, la reconstruction économique nécessite la mobilisation de toutes les sources de main-d'œuvre et l'objectif de plein emploi (entendu comme l'utilisation de l'ensemble des facteurs de production) est une priorité qui suppose que l'ensemble de la population puisse accéder à un emploi, accès signifié dans le Préambule de la Constitution de 1946 : « Chacun a le devoir de travailler et le droit d'obtenir un emploi. Nul ne peut être lésé, dans son travail ou son emploi, en raison de ses origines, de ses opinions ou de ses croyances. » La représentation du progrès – alliée à un idéal social dans lequel l'État peut promouvoir l'amélioration progressive de la condition de tous – repose alors sur le compromis keynésien qui intègre croissance économique (en lien avec le quasi plein-emploi) et développement social¹. La conception du plein emploi est alors associée à la reconstruction économique, ce qui conduit les pouvoirs publics à l'inclure dans la politique économique, la politique de l'emploi se limite alors à réduire le chômage frictionnel (c'est-à-dire la transition entre deux emplois)².

À compter des années 1970, le ralentissement de la croissance économique se traduit par une montée tendancielle du chômage à laquelle les pouvoirs ne sont pas préparés. Les politiques de l'emploi vont être élaborées dans un contexte d'incertitude à partir d'analyses, souvent statistiques, de la montée du chômage. Les réponses apportées pour accompagner la montée du chômage, peuvent, à posteriori, être regroupées en une pluralité de logiques d'interventions qui constituent trois segments historiques de la politique de l'emploi qui peuvent être inscrites dans des cycles sans que puisse être trouvé un ordonnancement séquentiel clair des différents dispositifs. Le premier cycle (1974-1981) est marqué par la croyance en la réversibilité de la montée du chômage et se caractérise par une intervention directe et massive en faveur de l'emploi ; le deuxième temps (1981-1992) intervient après la prise de conscience du caractère irréversible du phénomène et se traduit par un repli sur l'idée d'une gestion bien maîtrisée de la population active qui doit permettre au moins d'endiguer la croissance du nombre des demandeurs d'emploi ; le troisième

¹ P. Rosanvallon, *La crise de l'État providence*, Seuil, Points essais, 1992 (1^{ère} éd. 1981), p. 32.

² M.-T. Join-Lambert, *op. cit.*, 1994, p. 178 : « Le chômage frictionnel, indicateur de plein emploi, est resté inférieur à 3% de la population active entre 1946 et 1974 ».

temps (depuis 1992) commence lorsqu'il devient patent que les dépenses occasionnées par une politique très volontariste de l'emploi ne sont pas, à terme, supportables pour les finances publiques ; le souci d'une efficacité à moindre coût conduit alors à privilégier une politique combinée de traitement économique et de traitement social du chômage³.

6.1 ANNEES DES CROISSANCE ET MISE EN PLACE DU SERVICE PUBLIC DE L'EMPLOI

Après la Seconde guerre mondiale, la forte pénurie de main-d'œuvre justifie l'intervention des pouvoirs publics qui développent une politique active d'accompagnement de l'exode rural et d'encouragement à l'immigration pour accompagner la reconstruction et la reconversion de l'appareil de production. Le principal problème des pouvoirs publics est de mettre en place les conditions permettant d'ajuster l'offre et la demande d'emplois afin de répondre aux besoins du développement économique de la nation. C'est dans ce contexte que s'effectue la mise en place du service public de l'emploi (SPE).

6.1.1 Gérer la pénurie de main d'œuvre et limiter les effets sociaux du chômage

La gestion de la main-d'œuvre nécessite certains « outils » pour faciliter le rapprochement de l'offre et de la demande. À la Libération, sous la pression que nécessite la reconstruction économique, l'ordonnance du 24 mai 1945 sur le placement des travailleurs et le contrôle de l'emploi met en place un dispositif d'inspiration dirigiste. Les offices de placement qui avaient été précédemment établis à l'échelon local ou par des initiatives privées⁴ sont dissoutes, et un décret du 22 avril 1946 confie les tâches de placement et de main-d'œuvre dont ils avaient la charge au ministère du Travail⁵ (services extérieurs du travail et de la main-d'œuvre). La politique de l'emploi est alors dominée par l'objectif de répondre aux besoins de main-d'œuvre et les services du ministère du Travail sont dotés de deux instruments spécialisés pour appuyer leur action : l'Office national de l'immigration

³ E. Szij, « Les politiques de l'emploi en France », *Cahiers français*, n° 246, 1990, cité par M.-T. Join-Lambert, *op. cit.*, 1994, p. 184.

⁴ Les premières initiatives d'aide au placement ne sont pas nées d'une action de l'État, mais dès le XIX^e siècle d'initiatives privées ou professionnelles : certains syndicats ou groupements associaient au XIX^e siècle le versement à leurs membres de secours financiers à des propositions d'emploi, voire à des obligations de les accepter. Certaines communes s'efforcèrent également d'intervenir en créant des bureaux de placement gratuits, in J. Marimbert, B. Joly, « Rapport au Ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité sur le rapprochement des services de l'emploi », 2004, p. 12. Mise en place du Fonds national du chômage en 1914 qui fournit des subventions aux fonds ouverts par les communes et les départements ; bureaux de placement où le chômeur peut s'inscrire comme demandeur d'emploi, M.-T. Join-Lambert, *op. cit.*, 1994, p. 155-156.

⁵ Sa dénomination ayant changé plusieurs fois, le terme *ministère du Travail* sera utilisé tout au long de cette thèse pour désigner le ministère qui exerce la responsabilité de l'administration du travail et de la politique de l'emploi.

(ONI)⁶ pour répondre aux besoins de main-d'œuvre peu qualifiée et, l'Association nationale interprofessionnelle pour la formation rationnelle de la main-d'œuvre (ANIFRMO)⁷, qui deviendra en 1966 l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA)⁸. Cette politique rationnelle de l'emploi vise, à l'origine, à combler les emplois vacants dans un contexte de pénurie de main d'œuvre en dirigeant les personnes disponibles vers les secteurs économiques où leur présence est nécessaire pour assurer la reconstruction du pays.

En accompagnement des évolutions économiques, le système d'indemnisation du chômage va se développer. Si l'Entre-deux-guerres a vu la réglementation sur l'indemnisation du chômage se densifier – notamment, en raison de l'apparition de dispositifs d'indemnisation du chômage partiel – sans pour autant assurer une bonne couverture⁹, c'est la Cinquième République qui marque un tournant décisif quant à la prise en charge du chômage. Jusqu'à cette date le système d'indemnisation du chômage reste dominé par le modèle de l'assistance, il est financé par l'État et seulement 20 à 30 % des chômeurs sont indemnisés¹⁰. La conjoncture économique médiocre (la récession de 1958 est l'une des plus sévères de l'Après-guerre), et la création de la Communauté économique européenne (abaissement des droits de douane) vont générer des craintes pour l'emploi qui vont s'accompagner en 1958 de la création, par le patronat et les syndicats, d'un régime d'assurance chômage (Unedic – Union Nationale Interprofessionnelle Pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce – au niveau national et les Assedic – Associations pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce – au niveau local) dont l'objectif est de limiter les effets sociaux et économiques du chômage¹¹, et favoriser une recherche plus rationnelle d'emploi¹². La convention du 31 décembre 1958 met en place un mécanisme relevant explicitement de l'assurance, par la proportionnalité de l'indemnisation aux salaires sous plafond, par l'absence de conditions de ressources, et plus généralement par l'existence d'un véritable droit à indemnisation, même si le bénéfice de ce droit est conditionné par les textes législatifs et réglementaires à des obligations incombant aux demandeurs d'emploi, et touchant en particulier à la recherche d'emploi¹³.

⁶ L'ONI est créé en 1945 et a le monopole des opérations de recrutement, transport et affectation des travailleurs étrangers.

⁷ L'ANIFRMO est créée en 1946 pour accompagner la reconstruction et apporter l'effort de formation professionnelle nécessaire à sa réalisation. L'ANIFRMO fédérait depuis 1949 les centres de formation professionnelle accélérée assurant sous le contrôle du ministère du Travail la formation des chômeurs.

⁸ Le nombre de stagiaires de l'AFPA triplera entre 1966 et 1970.

⁹ En particulier, un décret du 12 novembre 1931 attribue à des bureaux de bienfaisance ou d'assistance, établissements publics communaux, le soin de distribuer des secours à domicile aux chômeurs ayant épuisé leurs droits au titre des fonds et caisses de chômage, et leur ouvre la possibilité de recevoir à cet effet des subventions en provenance du fonds national du chômage, in J. Marimbert, B. Joly, 2004, *op. cit.*, p. 15.

¹⁰ J. Freyssinet, « Les services publics de l'emploi, le cas de la France », Guide technique du BIT pour les services de l'emploi, document provisoire, 1998, p. 5-6.

¹¹ *Ibid.*, J. Freyssinet, 1998, p. 4.

¹² M.-T. Join-Lambert, *op. cit.*, 1994, p. 179.

¹³ S'agissant de la vocation du régime ainsi mis en place, certains des partenaires sociaux avaient dès l'origine pour ambition non seulement l'assurance stricto sensu, mais aussi la prise en charge de services

6.1.2 Accompagner la reconversion de l'appareil de production

La mise en place du Marché commun va dominer l'évolution économique des années 1960 et l'ouverture extérieure de l'économie française devenir l'un des principaux moteurs de la croissance et une source de contraintes nouvelles. La concurrence économique de pays plus récemment industrialisés rend nécessaire la restructuration de l'appareil industriel ce qui va obliger les entreprises nationales à se moderniser et dans le même temps accélérer la disparition de celles incapables de s'adapter. Les nombreuses restructurations industrielles se traduisent par un mouvement d'augmentation d'offres d'emploi et de demandes non satisfaites : on assiste à des transferts massifs des salariés des secteurs en déclin (mines, agriculture) vers les secteurs en croissance (automobile, biens de consommation, électronique) qui ne peuvent se réaliser à court terme et dont la conséquence est d'accroître le chômage frictionnel¹⁴. La politique de l'emploi ne peut plus se limiter à une politique de marché du travail et devient essentiellement une politique d'accompagnement des restructurations, il s'agit de traiter sur des territoires en restructuration le problème des sorties anticipées du travail. La politique d'accompagnement des restructurations sera dominante jusqu'à la fin des années 1980.

C'est dans le cadre de cette politique d'accompagnement que sont créés au cours des années 1960 les principaux instruments institutionnels de la politique de l'emploi. La reconversion de la main-d'œuvre est assurée à travers la création en 1963 du Fonds national de l'emploi¹⁵ (FNE), qui deviendra un outil majeur de l'intervention de l'État pour accompagner les mutations technologiques et industrielles en facilitant la conversion, le reclassement et la mobilité des salariés ; mais aussi plus généralement le support budgétaire de l'essentiel de la politique de l'emploi à partir du milieu des années 1970¹⁶. Dans le même temps, les structures de placement existantes vont montrer leurs limites. Sur la durée, la situation des services publics de placement se dégrade : à la veille de leur disparition, ces services placent environ 35 000 personnes par mois et couvrent à peu près 8 % du flux des

comme le placement. Ces ambitions furent repoussées fermement au nom de la compétence propre de l'État pour la politique de l'emploi par le Gouvernement de l'époque, qui subordonna l'agrément de la convention à la condition que celle-ci ait pour objet exclusif le versement des prestations, voir R. Lafore, « À propos de la convention du 1^{er} janvier 2001 : où en est le paritarisme ? », in *Droit Social*, numéro spécial d'avril 2001 sur *La nouvelle assurance-chômage*, p. 347-350.

¹⁴ M.-T. Join-Lambert, 1994, *op. cit.*, p. 178 : Il existe un consensus des économistes pour affirmer que le taux de chômage de plein emploi ne peut être nul. Il existe en effet inévitablement un chômage frictionnel, correspondant aux personnes mettant un temps raisonnablement court à trouver un emploi. Ce taux de chômage est évalué à 3,5 %. Pour plus d'information voir J. Bourdin, « Perspectives de retour au plein emploi », Sénat Rapport d'information n°345 fait au nom de la délégation du Sénat pour la planification, session ordinaire 2000-2001, p. 6-12.

¹⁵ La mise en place des allocations spéciales du FNE dans les années 1960 est utilisée comme une réponse aux crises sectorielles que connaît l'économie française ; ce dispositif ne doit être utilisé que de façon exceptionnelle dans les secteurs en mutation (textile, construction navale, houillères) et dans certaines régions seulement, in M.-T. Join-Lambert, *op. cit.*, 1994, p. 190.

¹⁶ J. Marimbert, B. Joly, 2004, *op. cit.*, p. 15.

recrutements. Cependant, dans un contexte économique où le chômage concerne entre deux à trois cent mille personnes, l'enjeu n'est pas suffisant pour devenir une réelle préoccupation pour les décideurs politiques et pour la société¹⁷. C'est au milieu des années 1960 que l'efficacité du dispositif existant est remis en cause sous la pression des conséquences générées par l'internationalisation de l'activité économique (particulièrement sous l'effet de l'intégration européenne). Afin de répondre aux inquiétudes des organisations syndicales qui soulignent les conséquences sociales de l'évolution des structures économiques, et notamment l'émergence de phénomènes de sous-emploi, le Premier ministre confie en 1966 à François-Xavier Ortoli, alors commissaire général du Plan, la mission de rechercher les solutions aux problèmes d'emplois qu'engendrent les restructurations. Ce rapport met en exergue que, dans une économie dont la croissance engendre des restructurations permanentes, le plein emploi ne peut être assuré que par une mobilité accrue des travailleurs. Il préconise la mise en place rapide d'une infrastructure de l'adaptation, destinée à concilier la recherche du plein emploi et la plasticité nécessaire de l'organisation productive¹⁸. En cela, le rapport Ortoli reflète la volonté de réforme, déjà exprimé dans le V^{ème} plan qui préconisait une « politique active de l'emploi » fondée à la fois sur plus de transparence, de mobilité et de fluidité sur le marché du travail, et davantage d'interventions publiques pour favoriser le reclassement professionnel des personnes touchées par l'évolution désormais permanente de l'économie¹⁹. Suite à ce rapport, le Gouvernement crée en 1967, l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE)²⁰ conçue pour épauler les demandeurs d'emploi dans leurs démarches, elle est à ce titre chargée de l'information, du conseil, de la prospection et du placement sur le marché du travail. Les cadres quant à eux, bénéficient depuis 1966 de l'Association pour l'emploi des cadres (APEC), créée par un accord entre organisations syndicales et patronales, qui assure le même type de fonction pour les cadres. Avec l'organisation d'un droit à la formation professionnelle continue pour les salariés en 1971²¹, ainsi que l'élargissement et l'amélioration de l'indemnisation du chômage et la création d'un guichet unique²² pour le versement de l'ensemble des prestations confié à

¹⁷ *Ibid.*, J. Marimbert, B. Joly, 2004, p. 13-14.

¹⁸ *Ibid.*, J. Marimbert, B. Joly, 2004, p. 15.

¹⁹ Plan national d'action pour l'emploi 2003 de la France, p. 4 et 5.

²⁰ L'ANPE est administrée par un comité de gestion, présidé par le directeur général du travail et de l'emploi, assisté par un directeur administratif et technique qui ne prendra le titre de directeur général de l'ANPE qu'après le décret du 15 mai 1972. Les échelons territoriaux de l'agence – centres régionaux et sections locales – sont placés sous l'autorité respectivement des directeurs régionaux et des directeurs départementaux du travail et de la main-d'œuvre. Quant aux missions, elles englobent la prospection, l'orientation, le placement et le conseil, y compris au profit de salariés ayant un emploi, mais laissent à l'écart la formation professionnelle des adultes et la gestion des actions du FNE.

²¹ La formation continue concerne toute personne, jeune ou adulte, déjà engagée dans la vie active. Mise en place dans sa forme actuelle au début des années 1970, la formation professionnelle continue mobilise l'État ainsi que les entreprises, les collectivités territoriales, les établissements publics, les établissements d'enseignement publics et privés, les organisations professionnelles, syndicales et familiales.

²² La mise en cohérence des deux régimes d'assistance (État) et d'assurance (Unedic) se réalise en 1979. L'unification, (dont le principe était déjà proposé dans le rapport Ortoli) prenait acte de l'évolution qui avait

l'Unedic en 1979 ; les structures de ce que l'on nommera plus tard le SPE²³ sont en place et seront maintenues, pour l'essentiel, jusqu'à nos jours.

Mais, alors que le SPE a été conçu dans un contexte de faible chômage global, ce même dispositif va devoir faire face à une transformation radicale des conditions de fonctionnement du marché du travail à compter de 1974²⁴. Au final, le développement des politiques de l'emploi va accompagner la crise de l'État providence.

6.2 CRISE ECONOMIQUE ET PREMIERES INFLEXIONS DE LA POLITIQUE DE L'EMPLOI

Les modifications qui vont affecter le marché du travail à compter des années 1975 vont entraîner des inflexions dans trois directions : sur la nature des mesures mises en place pour gérer l'augmentation des chômeurs, au niveau de l'indemnisation du chômage, et dans le cadre de la territorialisation de l'action publique. Ces inflexions sont adossées à des représentations dominantes de la crise économique et du fonctionnement du marché du travail faites par les économistes et les sociologues du travail. Les analyses successives qui sont faites ne sont pas exclusives les unes des autres mais plutôt cumulatives, elles traduisent les évolutions qui accompagnent la compréhension de l'apparition et la persistance du chômage en période de crise économique. Ces représentations vont induire en partie les types de réponses apportées par les pouvoirs publics pour juguler la montée du chômage. Deux logiques dominantes successives vont sous-tendre les politiques de l'emploi : des politiques spécifiques construites autour de catégories particulières de publics (les jeunes, les peu qualifiés, les chômeurs de longue durée, les handicapés, etc.) qui vont se développer entre 1970 et 1992, et des politiques plus généralistes privilégiant les mécanismes de création d'emploi (réduction du temps de travail par exemple) qui prennent le pas à compter de 1992.

conduit à ce que la grande majorité des chômeurs indemnisés cumulent les prestations des deux régimes, *op. cit.*, J. Marimbert, B. Joly, 2004, p. 40.

²³ L'expression Service public de l'emploi a été employée pour la première fois dans la circulaire DE n° 11/84 du 7 mars 1984 visant à coordonner l'action des différentes institutions en charge de la politique de l'emploi au niveau national sous l'autorité du Ministre et au niveau déconcentré sous celle des Préfets qui rassemblent les Directions départementales et régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, l'ANPE et l'AFPA. l'Unedic et les Assedic ne participent pas directement au SPE mais y sont associées ; les collectivités territoriales et notamment les Conseils régionaux ont des missions qui couvrent le même champ.

²⁴ J. Freyssinet, 1998, *op. cit.*, p. 5-6.

6.2.1 1970 – 1980 : Le chômage est le résultat d'un solde entre population active et l'emploi...

La crise économique des années 1970 se produit alors que le développement technologique et la concurrence de la production de pays plus récemment industrialisés rendent nécessaire la poursuite de la reconversion de l'appareil industriel. L'ampleur de cette reconversion a eu des conséquences sur le marché du travail d'autant plus négatives qu'elle ne s'est pas accompagnée – ou seulement avec retard – de l'apparition de production de marchés nouveaux susceptibles de relayer rapidement les activités de l'industrie traditionnelle. De plus, la modernisation de l'appareil productif qui accompagne les restructurations a été en partie contrariée par le ralentissement de la croissance qui a réduit les ressources financières des entreprises²⁵. C'est ainsi que si la période 1958-1973 est celle qui a connu la croissance économique la plus rapide de l'histoire française, la montée du chômage est à compter de 1965 à peu près continue : la population active disponible à la recherche d'un emploi passe de 360 000 personnes en 1968 à 441 000 en 1974²⁶. Dans le même temps, les inégalités de revenu se sont accrues, (le pouvoir d'achat du SMIG – salaire minimum interprofessionnel garanti – a augmenté de 6 % entre 1958 et 1967 contre 32 % pour le salaire horaire moyen), malgré l'instauration du SMIC (salaire minimum interprofessionnel de croissance) en 1970. C'est lors de « la crise économique » des années 1970 que le chômage s'aggrave de façon spectaculaire : l'année 1975 connaît une augmentation brutale de 300 000 chômeurs supplémentaires en un an, chiffre qui va poursuivre une forte évolution au cours des années suivantes (2 millions de chômeurs et un taux de chômage de 9 % de la population en 1981).

La crise économique est considérée comme une crise conjoncturelle, et c'est à partir d'une représentation macroéconomique et sociale du chômage que l'intervention de l'État sur le marché du travail se construit. Cette représentation de la crise économique conduit les pouvoirs publics à considérer le chômage comme une conséquence mécanique de la baisse de la croissance et à mettre en place des dispositifs dont l'objectif est d'atténuer les effets de la crise sur les demandeurs d'emploi. Le chômage est comme un solde, c'est-à-dire comme la différence entre le niveau de population active et le niveau de l'emploi : lorsque la courbe de l'emploi ne croît pas au même rythme que celle de la population active (particulièrement dynamique à partir du milieu des années 1979 en raison des premiers effets du baby-boom) l'écart se creuse et le chômage augmente. La politique menée est

²⁵ Contrairement à ce qui s'était produit dans les années 1950 où la restructuration et la modernisation de l'agriculture s'étaient accompagnées d'une forte croissance des marchés industriels ce qui avait permis de surcompenser la baisse très rapide de l'emploi agricole, *Travail et emploi*, mars 1984, n° 19, p. 9-10.

²⁶ J.-C. Asselain, 1984, *op. cit.*, p. 141. Si le taux de chômage atteint en 1973 (2 à 3 %) paraît rétrospectivement modéré, le chiffre de 500 000 demandeurs d'emploi est déjà le plus élevé que la France ait connu depuis la dépression des années 1930.

présentée par les pouvoirs publics comme une politique d'économie générale qui fait jouer plusieurs dimensions (éducative, monétaire, budgétaire, etc.) et non comme une politique de l'emploi même si elle est prolongée par des formes d'intervention du ministère du Travail de nature plus microéconomique (prévention de licenciements, accompagnement des restructurations, soutien à la création d'activité)²⁷. Cette approche s'appuie sur l'idée que le stock d'emplois dans une économie est une donnée qui dépend principalement de la croissance et sur laquelle les politiques d'emploi ne peuvent influencer qu'à la marge²⁸. La politique de l'emploi se définit alors comme « un ensemble de mécanismes auxiliaires mis en œuvre par l'État et destiné à assister et compléter le fonctionnement normal du marché du travail »²⁹. C'est le temps des mesures d'âge : systèmes de préretraite pour les actifs âgés et mise en place de dispositifs d'insertion professionnelle pour les jeunes.

Dans un premier temps, les objectifs de la politique de l'emploi visent le soutien de la demande afin de relancer la machine économique et la limitation des licenciements (1974-1976), pour se concentrer ensuite sur la gestion de la population active. Il s'agit de réduire les ressources en main-d'œuvre afin de limiter la hausse du chômage et ajuster la population active au stock d'emplois. L'intervention de la politique de l'emploi se concentre alors sur les publics avec une « spécificité » française qui prend la forme d'un consensus social en faveur d'une politique démographique de l'emploi qui permette de diminuer la population active et concentrer les emplois disponibles sur les actifs d'âge adulte à travers notamment la massification des préretraites³⁰ et la rétention de jeunes dans le système éducatif³¹. À partir de 1977, les objectifs de la politique de l'emploi tendent à maîtriser les déficits publics et rétablir l'équilibre extérieur ; encourager la création d'emplois par les entreprises en créant un environnement favorable à l'embauche (traitement dit économique) et lutter contre l'exclusion des travailleurs les plus touchés par le chômage (traitement dit social).

²⁷ C. Guitton, 2005, *op. cit.*, p. 60-73.

²⁸ M.-T. Join-Lambert, *op. cit.*, 1994, p. 187-188

²⁹ J.-F. Colin, « Le coût de la politique de l'emploi, rétrospective 1973-1978 », *Travail et emploi*, avril-juin 1981, n° 8, p. 58

³⁰ Accord national interprofessionnel du 13 juin 1977. La préretraite peut être définie comme « une allocation de chômage d'un type particulier, qui est accordée à un travailleur ayant perdu son emploi, à un âge déterminé, proche de la retraite, en contrepartie d'un retrait du marché du travail », in N. Kerschen, A.-V. Nenot, « La fin des préretraites ou l'éternel recommencement ? », *Droit social*, n°5, cité par M.-T. Join-Lambert, *op. cit.*, 1994, p. 190.

³¹ *Ibid.*, M.-T. Join-Lambert, 1994, p. 182.

6.2.2 ... et de l'inadéquation des qualifications des actifs et celles requises sur le marché du travail

Dans le même temps, au constat d'un désajustement quantitatif source de chômage, s'en ajoute un second de nature qualitative : le chômage résulte aussi d'une inadéquation entre les qualifications des demandeurs d'emploi et celles requises sur le marché du travail. Le chômage est analysé comme le résultat d'un déficit en formation (chômage d'inadéquation), c'est-à-dire comme le désajustement des formations à la structure des emplois. Le déficit en qualification des demandeurs d'emploi est avancé pour expliquer les difficultés d'insertion professionnelle de certains publics : jeunes primo demandeurs d'emploi et adultes victimes des reconversions de l'appareil de production. La réponse des pouvoirs publics s'effectue alors par un traitement quantitatif du chômage par le biais de la formation. Les politiques de l'emploi se développent principalement en direction des jeunes demandeurs d'emploi (particulièrement les moins qualifiés d'entre eux). Le traitement du chômage des jeunes, (c'est-à-dire la transition entre la sortie du système éducatif et le premier emploi et la stabilisation dans l'emploi) donne lieu dès le milieu des années 1970 à un certain nombre de mesures destinées à favoriser leur insertion professionnelle³².

Pendant cette période, la population des personnes handicapées est évaluée à plus d'un million de personnes en âge d'exercer une activité professionnelle, outre les 250 000 à 300 000 handicapés qui se retrouvent dans l'incapacité de travailler, 550 000 environ exercent un emploi dont 10 % en milieu protégé³³. La politique d'aide à l'emploi des personnes handicapées s'appuie sur des dispositions visant à agir sur le volume de l'offre par le développement d'emplois de travail protégé en milieu ordinaire et le doublement du nombre d'emploi en milieu protégé. Dans le même temps, l'amélioration d'une offre de formation sous-dimensionnée³⁴ est définie comme une action prioritaire du ministère du Travail qui met en place les contrats de rééducation professionnelle en entreprise. Ils ont pour objectif d'élargir l'offre de formation en permettant que la personne handicapée soit directement formée à son poste de travail en entreprise³⁵.

³² La constitution de la politique d'insertion professionnelle des jeunes remonte à la création, à titre expérimental, des *contrats emploi-formation* en 1975. Prolongée par les trois pactes successifs pour l'emploi des jeunes (entre 1977 et 1981).

³³ C. Du Grandut, « L'action du ministère du Travail et de la participation pour l'emploi des adultes handicapés », *Travail et emploi*, avril-juin 1981, n° 8, p. 7 – 10.

³⁴ Les centres de formation dédiés aux personnes handicapées (organismes privés, AFPA, ONAC) accueillent en 1980 12 000 stagiaires handicapés par an.

³⁵ Le contrat de rééducation professionnelle est un contrat de travail à durée déterminée, passé de gré à gré, entre l'organisme de prise en charge, (Sécurité Sociale ou Mutualité Sociale Agricole), l'employeur et le salarié. Il est soumis pour accord au directeur départemental du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Il précise la part du salaire incombant à l'entreprise et celle incombant à l'organisme de prise en charge. La COTOREP peut décider d'orienter vers un contrat de rééducation professionnelle chez l'employeur des personnes reconnues travailleurs handicapés, assurés sociaux, qui souhaitent retrouver une activité professionnelle. Elles doivent obtenir l'accord de leur organisme de sécurité sociale et de leur employeur.

6.3 QUAND LES POLITIQUES DE L'EMPLOI BASCULENT DANS LES POLITIQUES SOCIALES

Lors de l'alternance politique de 1981, le second choc pétrolier et ses conséquences sur l'économie et l'emploi conduisent à une nouvelle perception de la crise économique et de ses effets sur le marché du travail comme un processus durable. Si jusqu'au milieu des années 1970 les politiques publiques sont caractérisées par une absence de liens forts entre les politiques d'emploi et les politiques sociales ainsi qu'un agencement de l'État marqué par un rôle prépondérant de l'échelon central dans leur conception et leur mise en œuvre, ce modèle va se transformer au cours des années 1980 sous l'effet de l'apparition d'un chômage de masse et l'augmentation de situations de précarité³⁶.

Il existe aujourd'hui un consensus relatif³⁷ parmi les économistes du travail et les sociologues de l'éducation pour accrédi-ter la thèse du passage d'un chômage d'inadéquation (années 1970) à un chômage de rotation³⁸ (depuis le milieu des années 1980). Ce changement de représentation va conduire les pouvoirs publics à ajuster la politique de l'emploi selon de nouvelles modalités. Au début des années 1980, la politique de l'emploi est encore essentiellement tournée vers l'accompagnement des restructurations industrielles³⁹, cependant, la progression du chômage remet en question sa gestion telle qu'elle est pratiquée. De nouveaux publics (chômeurs de longue durée) sont concernés pour lesquels il est nécessaire de créer des réponses adaptées. La dégradation du marché du travail et ses conséquences induisent « le développement de politiques d'emploi et la réorientation des politiques sociales pour faire face aux phénomènes de pauvreté qui en découlent. »⁴⁰ L'un des premiers axes de lutte contre l'exclusion consiste à renforcer la protection des travailleurs les plus menacés : c'est la voie empruntée par les ordonnances de 1982 destinées à réglementer le recours au travail intérimaire et aux contrats à durée déterminée (CDD)⁴¹. Un second axe de cette politique vise à améliorer l'intégration professionnelle des catégories les plus touchées à travers la mise en place d'un certain nombre de mesures (en parti-

³⁶ J.-L. Ourlin, 2000, *op. cit.*, p. 350.

³⁷ Les politiques de l'emploi n'ont jamais tranché la question de savoir si le chômage des jeunes et dans une moindre mesure celui des adultes, provient d'un déficit de formation ou s'il résulte du fonctionnement du marché du travail à travers un ensemble de mécanismes qui reportent sur les jeunes la pénurie d'emploi. Malgré une amélioration de la formation des jeunes (élévation générale du niveau de formation), la diffusion d'un chômage de rotation en période de pénurie d'emploi provoque une déconnexion croissante entre l'effort global de formation et la situation globale des jeunes sur le marché du travail.

³⁸ La théorie du chômage de rotation constate le déséquilibre global du marché du travail et analyse le chômage comme une file d'attente dans laquelle les demandeurs d'emploi se trouvent en concurrence pour accéder aux emplois, C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 487.

³⁹ La politique d'accompagnement des restructurations, dont le point de départ correspond à la création du Fonds national de l'emploi en 1963, vise la reconversion professionnelle et la mobilité géographique des salariés victimes de licenciements économiques.

⁴⁰ J.-L. Ourlin, 2000, *op. cit.*, p. 354.

⁴¹ Ces ordonnances avaient pour objectif de donner un cadre juridique renouvelé et plus restrictif aux deux formes principales d'emploi précaire.

culier à destination de l’insertion professionnelle des jeunes). Dans le même temps émerge au début des années 1980, dans le champ des politiques de l’emploi, un objectif d’insertion professionnelle pour les chômeurs de longue durée distinct des objectifs existants de reclassement professionnel, de formation ou de conversion⁴².

6.3.1 La prise en compte de la situation particulière des chômeurs de longue durée

Si le chômage de longue durée est identifié par les partenaires sociaux dès 1979, c’est en 1985 – moment où la part des chômeurs de longue durée (qui ont un an d’inscription consécutive comme demandeurs d’emploi) représente 30 % de l’ensemble des chômeurs⁴³ – que les premiers dispositifs spécifiques pour ce public sont mis en place, et à partir de 1987 que la lutte contre le chômage de longue durée devient l’axe prioritaire des politiques de l’emploi.

Au milieu des années 1980, la structure du chômage se modifie avec la persistance du chômage de longue durée. Le nombre de chômeurs de longue durée est passé de 325 000 en 1983 à 515 000 en 1985 (soit 27 % des chômeurs inscrits⁴⁴), ceci malgré une stabilisation du nombre total de chômeurs ce qui semble suggérer une certaine polarisation autour du chômage de longue durée, le plus difficile à réduire. L’idée selon laquelle le développement de l’emploi ne repose pas seulement sur les mesures macroéconomiques commence à s’imposer et à l’action globale s’ajoute un nouvel impératif : agir sur la structure du chômage en traitant prioritairement la situation des chômeurs de longue durée. À la représentation dominante des années 1970 du chômage comme un solde et comme le résultat d’un problème d’inadéquation des qualifications, s’en ajoute une nouvelle prenant en compte les effets individuels de la durée du chômage sur les demandeurs d’emploi : obsolescence des qualifications, perte des droits aux allocations de chômage, effets psychologiques négatifs. Ces nouveaux éléments conduisent les économistes à penser le chômage comme un problème de déséquilibre global du marché du travail⁴⁵. Le chômage est alors analysé comme une « file d’attente »⁴⁶ (chômage de rotation), dans laquelle les demandeurs d’emploi se trouvent en concurrence pour accéder aux emplois. Contrairement à la file d’attente habituelle, l’ordre d’entrée ne détermine pas le rang de sortie, c’est-à-dire que les chômeurs présents dans la file d’attente n’ont aucune assurance d’en sortir lorsque la file

⁴² C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 147.

⁴³ Rapport du Conseil économique et social, *Le chômage de longue durée*, rapport présenté par M.-R. Leray, J.O., séances du 28 et 29 mai 1991, p. 107, référencé par C. Guitton, *Ibid.*, 1996, p. 173.

⁴⁴ Le chômage de longue durée est particulièrement fréquent chez les travailleurs vieillissants, d’autres facteurs comme la qualification, la nationalité, le niveau de formation ou bien encore le handicap renforcent les risques liés à l’âge et au sexe.

⁴⁵ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 487.

⁴⁶ R. Salais, « Le chômage, un phénomène de file d’attente », *Economie et Statistique*, n° 123, 07/1982.

avance. Bien au contraire, les chances de sortie du chômage décroissent avec l'ancienneté de chômage ce qui signifie que la durée du chômage a un effet sur l'employabilité relative des individus. L'employabilité étant « la probabilité de sortir du chômage, mesurée par la proportion, par rapport au nombre de chômeurs d'une catégorie donnée, de ceux qui sortent rapidement du chômage. »⁴⁷ À l'image de la file d'attente, le chômage est un flux et non un stock, ce qui signifie que les chômeurs présents dans la file sont concurrencés en permanence par les nouveaux entrants au chômage, lesquels, s'ils sont plus employables passent devant les chômeurs déjà présents les faisant mécaniquement reculer dans la file d'attente. Ces actifs, subissent les effets de la transformation de l'appareil productif, dont « ils constitueraient en quelque sorte le résidu en raison de leurs difficultés de reclassement. »⁴⁸ Se retrouvent en queue de cette file d'attente, des salariés de bas niveau de qualification qu'ils soient victimes des restructurations de la seconde moitié des années 1980 ou d'autres facteurs. Et « on devient bas niveau de qualification lorsque le nombre d'emplois diminue, et d'abord ceux auxquels on peut le plus rapidement prétendre ; on le devient lorsque la qualification générale des travailleurs disponibles sur le marché du travail s'accroît ; on peut le devenir lorsqu'on est trop vieux, ou femme, ou immigré, et ceci avec les mêmes compétences et les mêmes savoirs qui permettraient, dans d'autres circonstances, de réussir une reconversion ou une requalification. »⁴⁹ Ainsi, si l'employabilité désigne « l'espérance objective ou la probabilité plus ou moins élevée que peut avoir une personne à la recherche d'un emploi d'en trouver un »⁵⁰, celle-ci diminue lorsque l'ancienneté au chômage augmente.

Selon ce modèle, en période de stagnation économique, le marché du travail fonctionne comme une « pompe sélective » refoulant la main-d'œuvre la moins bien armée ; « ces phénomènes sélectifs s'observent à deux niveaux : s'ils caractérisent certaines catégories de population que les statistiques disponibles montrent plus vulnérables – les jeunes, les femmes, les travailleurs âgés, les immigrés – ils frappent plus fortement en leur sein certains groupes atteints de handicaps particuliers (travailleurs en mauvaise santé, illettrés, sans qualification, etc.) les rejetant dans une marginalité souvent définitive. »⁵¹ L'exclusion de ces actifs peut prendre différentes formes :

⁴⁷ O. Marchand, « Les groupes sociaux face au chômage : des atouts inégaux », *Données sociales*, 1993, p. 158, cité par M.-T. Join-Lambert, *op. cit.*, 1994, p. 164. Pour une approche plus approfondie de la notion d'employabilité voir B. Gazier, « L'employabilité : brève radiographie d'un concept en mutation », *Sociologie du travail* n°4, 1990, p. 575 et sv.

⁴⁸ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 491.

⁴⁹ F. Ginsbourger et V. Merle, « La formation des bas niveaux de qualification : analyse socio-économique d'une catégorie », in J. Pailhous et G. Vergnaud (dir.), *Adultes en reconversion, faible qualification, insuffisance de la formation ou difficultés d'apprentissage ?*, La Documentation française, 1989, p. 19.

⁵⁰ R. Ledrut, *Sociologie du chômage*, Paris, PUF, 1966, p. 68, cité par B. Gazier, *op. cit.*, 2002, p. 576.

⁵¹ « Politique de l'emploi, fonctionnement du marché du travail », *Travail et emploi*, mars 1984, *op. cit.*, p. 37-38.

- Exclusion du marché du travail primaire vers le marché du travail secondaire (au sens de la théorie de la segmentation⁵²), c'est-à-dire des emplois stables vers les emplois instables et en général mal rémunérés. La part des inscriptions à l'ANPE représentant des emplois précaires (fin de mission d'intérim ou de CDD) est passée de 24 % en 1977 à 38 % en 1982 ;
- Exclusion du marché du travail secondaire vers le chômage chronique ;
- Exclusion avant toute insertion professionnelle durable qui touche essentiellement les jeunes primo demandeurs d'emploi ou des femmes voulant prendre ou reprendre un emploi ;
- Exclusion sociale et marginalisation comme conséquence ultime du processus d'exclusion du marché du travail.

Au cours des années 1980, aux publics ciblés et gérés par des politiques spécifiques, s'en surajoute un d'un nouveau type : celui que R. Castel désigne par l'expression « les surnuméraires »⁵³. Dans ce contexte, les plus faibles – en l'occurrence les moins qualifiés – sont de plus en plus fragilisés sur le marché du travail. En s'étendant à un nombre de plus en plus élevé de demandeurs d'emploi, le chômage de longue durée se traduit par une accumulation de difficultés sur la durée : aux difficultés financières liées à la réduction des montants de l'indemnisation, s'ajoutent avec le temps des problèmes d'autre nature (problèmes d'estime de soi, de désocialisation, etc.).

La réponse des pouvoirs publics pendant cette période est l'élaboration de politiques de l'emploi dont l'objectif est d'« opérer des effets contre sélectif sur le marché du travail et des effets de rotation au sein de la file d'attente des chômeurs. »⁵⁴ Il s'agit de maîtriser la progression du chômage par un traitement économique devant créer un climat favorable à l'embauche, y compris par la déréglementation et par un traitement social destiné à favoriser l'insertion sur le marché du travail :

- Mesures en faveur des entreprises, aménagement du temps de travail (flexibilité), suppression de l'autorisation administrative de licenciement, promotion du travail intérimaire et sous contrat à durée indéterminé ;

⁵² La théorie de la segmentation a pris naissance aux États-Unis de l'observation des populations marginalisées des ghettos noirs. Voir F. Michon, *L'économie du travail en France. Une rétrospective pour un bilan*. Doc. multigraphié, séminaire d'économie du travail, faculté de Paris 1, décembre 1983.

⁵³ *Ibid.*, p. 20.

⁵⁴ T. Berthet, *et alii* 2002, *op. cit.*, p. 3.

- Mesures en faveur des jeunes (création de stages divers, Travaux d'Utilité Collective, Stages d'Initiation à la Vie Professionnelle, etc.), mise en place de l'alternance en 1984, exonération de cotisations sociales à l'embauche.
- Plan en faveur des chômeurs de longue durée.

Les programmes nationaux mis en place font alors appels à trois familles d'instruments : les stages de formation, les contrats aidés dans le secteur marchand et non marchand⁵⁵.

6.3.2 La recomposition de l'action publique : faire mieux que l'État central depuis les territoires

Les questions relatives aux risques d'exclusion d'une part de plus en plus importante de la population, suscitent une remise en cause des modes traditionnels d'intervention de l'État. C'est la prise en compte des problèmes rencontrés par ces publics qui va introduire la question de l'insertion. La politique de l'emploi affiche alors clairement un objectif d'insertion qui s'appuie sur un double impératif : « étendre le champ du travail et de l'activité (action sur l'emploi), mais aussi améliorer les chances d'accès à l'emploi de certaines catégories de chômeurs rencontrant des difficultés particulières d'insertion (action sur l'employabilité). »⁵⁶ Il s'agit de tenter d'infléchir la tendance « naturelle » du marché du travail à délaisser les actifs les moins bien armés tout en aménageant les conditions de leur entrée (pour les jeunes) ou de leur retour (pour les adultes) par le biais du développement de nouvelles formes d'activités et de structures nouvelles d'emploi⁵⁷ : contrats de travail aidés dans le secteur non marchand, création des entreprises d'insertion par l'économique, etc.

C'est le moment où la représentation du progrès – alliée à un idéal social dans lequel l'État peut promouvoir l'amélioration progressive de la condition de tous – s'effrite face à la persistance de la crise économique et la constatation de la déliquescence du lien social. Le sentiment que l'on assiste à « l'épuisement d'un modèle »⁵⁸ tend à s'imposer face à la divergence croissante des logiques économique et sociale : « la problématique de la cohésion sociale n'est pas celle du marché, la solidarité ne se construit pas en termes de compétitivité et de rentabilité. »⁵⁹ La constitution progressive d'une politique particulière dédiée

⁵⁵ *Ibid.*, T. Berthet, *et alii*, 2000, p. 3.

⁵⁶ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 7.

⁵⁷ *Ibid.*, C. Guitton, 1996, p. 8.

⁵⁸ J Habermas cité par R. Castel, 1995, *op. cit.*, p. 399.

⁵⁹ *Ibid.*, R. Castel, 1995, p. 407.

aux chômeurs de longue durée se construit autour de trois axes : l'élaboration de garanties de ressources, les aides à l'insertion et les actions de formation⁶⁰.

À ce premier glissement des politiques de l'emploi vers les politiques sociales s'en ajoute un second qui conduit à remettre en cause les modes d'action publique.

Avec l'arrivée de la gauche au pouvoir, la lutte contre le chômage va s'inscrire dans une nouvelle conception de l'action publique marquée par la remise en cause de la légitimité de l'État central dans la régulation des problèmes sociaux et la promotion du local comme lieu pertinent de redéfinition de l'action publique. À compter des années 1980, la modernisation de l'État et de ses modes d'action va se traduire par la prise en compte de la dimension territoriale dans le traitement des problèmes sociaux. La territorialisation et l'adaptation de l'organisation institutionnelle de l'État via la déconcentration des politiques publiques (corollaire de la décentralisation) sont les deux mécanismes de transformation de l'action publique à partir desquels l'État va pouvoir réaffirmer sa légitimité mise à mal par la crise de l'État-providence. L'évolution des politiques de l'emploi et des conditions de leur mise en œuvre n'échappe pas à ce mouvement, elle s'inscrit dans l'ensemble des changements qui ont affecté l'État, sa façon d'administrer le territoire et ses modes d'actions⁶¹. Si jusque dans les années 1970 l'État est présenté comme le garant du progrès, c'est dans les années 1980, que la question du territoire et de l'articulation entre politiques sociales et politiques d'emploi est posée explicitement.

Au début des années 1980, trois rapports ministériels – Dubedout⁶² (sur les questions de la délinquance), Schwartz⁶³ (sur les problèmes d'insertion des jeunes) et Bonnemaïson⁶⁴ (sur les questions urbaines) – contribuent à mettre en évidence les limites de l'approche sectorielle appliquée au traitement des problèmes sociaux, et la nécessité de développer un nouveau modèle d'action sociale fondé sur une approche globale territorialisée en direction des publics en difficulté. Les politiques sociales vont, via les lois de décentralisation, se redéployer sur une base territoriale. C'est dans ce contexte qu'une nouvelle conception de l'action publique se développe, dans laquelle le rôle des territoires infranationaux, comme lieux de mise en cohérence de l'action publique prend de l'importance et qu'apparaît la « formulation d'un nouveau modèle d'action sociale, plus axé sur la participation, la prévention et la décentralisation »⁶⁵ se basant sur la définition des besoins locaux (c'est à

⁶⁰ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 174. Il renvoie à l'article de R. Foudit et F. Stankiewicz, « La lutte contre le chômage de longue durée ou l'émergence d'une politique autonome », *Revue française des affaires sociales* n° 3-1987, p. 31 à 41.

⁶¹ T. Berthet, P. Cuntigh, « Les paradoxes d'un intérêt général local en matière d'emploi », in T. Berthet dir., 2005, *op. cit.*, p. 89.

⁶² H. Dubedout, 1983, *op. cit.*

⁶³ B. Schwartz, 1981, *op. cit.*

⁶⁴ G. Bonnemaïson, 1983, *op. cit.*

⁶⁵ B. Jobert, 1985, *op. cit.*, p. 333.

dire sur une base territoriale et non plus sectorielle) pour les traiter⁶⁶. La décentralisation et la déconcentration des services de l'État, vont constituer le nouveau décor dans lequel va se réarticuler l'action publique. Au début des années 1980, on observe le passage d'une conception sectorielle et hiérarchique – correspondant à un découpage politico-administratif pouvant amener des réponses standardisées à des problèmes conçus de façon à s'inscrire dans des savoirs d'experts – à une conception dans laquelle la définition et le traitement des problèmes publics ne se conçoivent plus sans référence au territoire. Les re-compositions de l'action publique vont inscrire les politiques d'insertions dans un contexte dans lequel le territoire va prendre une place importante comme niveau de mise en cohérence de ces politiques.

➤ *L'exemple des Missions locales et PAIO*

La dimension sociale est, au moins jusqu'en 1982, assez largement absente des préoccupations de la politique de l'emploi en direction des jeunes, au profit de la seule dimension professionnelle. La conception des mesures découle d'une analyse dominante quant aux causes de dysfonctionnement du marché du travail qui se réfère largement à la problématique adéquatniste, très présente dans les travaux menés au Commissariat général du Plan. Celle-ci attribue le chômage des jeunes à l'incapacité du système de formation initiale à s'adapter aux exigences du système productif⁶⁷.

Au début des années 1980, les situations d'un nombre important de jeunes sont au centre de ces préoccupations. Leur situation interroge « toutes les instances de socialisation, mais aucune ne peut leur répondre. »⁶⁸ Le rapport de Bertrand Schwartz à Pierre Mauroy sur l'insertion des jeunes est à l'origine de la création en 1982 des Missions locales pour l'insertion sociale et professionnelle des jeunes. Avec l'affirmation que les Missions locales doivent remplir des fonctions généralistes d'aide aux jeunes face à l'ensemble des difficultés quotidiennes auxquelles ils peuvent être confrontés, le point de vue sur les conditions nécessaires à l'accès à l'emploi se modifie profondément. Intégration professionnelle et intégration sociale deviennent des questions étroitement liées : la réussite de la première suppose que soient résolus parallèlement les problèmes de logement, d'accès aux soins, de relations familiales, etc., que peuvent connaître les jeunes. Ce rapport consacre la notion « d'insertion sociale et professionnelle » élaborée dans les années 1970 dans le champ de la prévention des inadaptations sociales⁶⁹. Il reste associé à la mise en place d'un

⁶⁶ P. Hassenteufel, « La territorialisation comme réponse à la crise de 'l'État Providence' ? », *Politiques et management public*, vol. 16, n° 3, septembre 1998, p. 1-12.

⁶⁷ J. Gautié : « Chômage des jeunes et relation formation-emploi », *La Lettre du Centre d'études de l'emploi*, n° 43, 1996.

⁶⁸ R. Castel, 1995 *op. cit.*, p. 425.

⁶⁹ Rapport du Secrétariat d'État à l'Action sociale, « L'insertion socio-professionnelle des personnes isolées (Les centres d'hébergement) », Titre IV de l'étude de RCB relative à *La prévention des inadaptations sociales*; Ministère de la Santé publique, La Documentation française, janvier 1973.

réseau original d'accueil et d'information, à travers la création en 1982 des Missions locales⁷⁰ et des Permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO)⁷¹. Lieux d'accueil spécifiquement dédiés aux jeunes (c'est-à-dire la tranche des 16-25 ans), les Missions locales et les PAIO reposent sur l'initiative des collectivités locales. Créées dans un premier temps dans les zones où les problèmes d'insertion des jeunes étaient jugés particulièrement aigus, elles correspondent à une volonté de territorialisation de l'action publique en faveur des jeunes⁷². Leur approche de la situation du jeune se veut globale, le traitement de l'insertion ne se limite pas uniquement au volet formation et emploi mais s'inscrit dans une perspective plus large d'accès à des droits sociaux. La démarche consiste à gérer dans un même lieu d'accueil les problèmes de santé, d'hébergement, de formation (la résolution de ces problèmes étant considérée comme un préalable à l'insertion professionnelle) et d'emploi. L'action des Missions locales et PAIO ne vise pas seulement à mettre en œuvre localement des mesures prédéfinies au plan national mais à rechercher la mobilisation des acteurs locaux et favoriser l'émergence d'initiatives locales⁷³. Formellement associées à une multiplicité de partenaires, elles concourent – au même titre que l'État, les établissements publics, les établissements d'enseignement, les associations, les organisations professionnelles, syndicales et familiales, et les entreprises – à la mise en œuvre des actions d'insertion des jeunes. La résolution des différents problèmes que rencontrent ces derniers repose sur la capacité des acteurs à se mobiliser et à articuler leurs interventions en fonction des ressources et contraintes locales. Dans une logique qui articule chômage des jeunes et problème de qualification, les PAIO et les Missions locales ont été mises en accompagnement d'un important programme de stages de formation alternée destinés aux jeunes de seize à dix-huit ans sortis du système scolaire sans qualification⁷⁴. Le traitement du chômage passe par la formation, c'est la raison pour laquelle, les pouvoirs publics entendent mener un programme ambitieux visant à « conduire en 1985 à ce qu'aucun jeune de cet âge ne se présente sur le marché du travail s'il n'a acquis une formation professionnelle sanctionnée par un diplôme. La qualification professionnelle et l'insertion sociale des jeunes sont une obligation nationale. »⁷⁵ À la suite de ce rapport, plusieurs dispositifs sont mis

⁷⁰ Leur rôle a été défini par l'ordonnance n° 82-273 du 26 mars 1982 et la loi du 19 décembre 1989.

⁷¹ Également instituées par l'ordonnance de 1982, leur rôle est précisé par une circulaire du 9 avril 1982.

⁷² T. Berthet, *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 36.

⁷³ J.-L. Ourtin, 2000, *op. cit.*, p. 355.

⁷⁴ L'accord national interprofessionnel du 23 octobre 1983 prévoit l'institution inédite en France de formations dont le principe repose sur la « reconnaissance du rôle éducatif ou formateur de l'entreprise » et la loi sur la formation professionnelle du 24 février 1984.

⁷⁵ Ordonnance n° 82-273 du 26 mars 1982.

en place pour améliorer la formation⁷⁶ et l'entrée dans l'emploi des jeunes (stages de formation, de préparation à la vie professionnelle, contrats aidés en entreprise).

La mise en place du réseau des Missions locales et PAIO, « au-delà de l'objectif d'une action individualisée de proximité, (...), sera une première contribution à la structuration territoriale des partenariats dans le domaine de l'insertion de publics en difficulté. »⁷⁷ La progressive prise en compte de la dimension territoriale dans les politiques de l'emploi va se traduire par « la volonté de passer peu à peu d'une logique de mise en œuvre orientée par l'offre (les mesures et programmes de la politique de l'emploi) à une logique fondée sur l'expression d'une demande localement construite autour d'une plus grande concertation et d'une coordination accrue entre les acteurs appartenant au Service Public de l'Emploi (SPE) ou des collectivités territoriales. »⁷⁸ Ce changement de logique va se traduire par la prise en compte de l'hétérogénéité des besoins des demandeurs d'emploi et l'individualisation des parcours d'insertion.

Même si après 1982 les politiques de l'emploi restent de la compétence de l'État et « si le poids croissant du chômage a influencé la politique du ministère du Travail, le mouvement combiné de décentralisation et de déconcentration l'a conduit à porter une attention plus marquée au territoire dans la conception et la mise en œuvre des politiques d'emploi. »⁷⁹ C'est ainsi que les politiques de l'emploi vont privilégier la mise en œuvre d'actions pour les publics en difficulté au plus près de leur cadre de vie. La création des Missions locales et PAIO en 1982 en constitue l'une des premières illustrations, d'autres dispositifs suivront cette logique de proximité tels que les commissions locales d'insertion (CLI) en accompagnement du programme d'insertion des bénéficiaires du RMI, ou bien encore la mise en place du crédit formation individualisé (CFI) en 1995.

6.4 TRAITEMENT DU CHOMAGE DE MASSE ET INDIVIDUALISATION DES PARCOURS D'INSERTION

Parallèlement au glissement des politiques de l'emploi vers les politiques sociales et la remise en cause des modes d'action publique, la prise en compte du poids croissant du chômage de masse va infléchir la politique de l'emploi dans le sens de recherches de solutions pour traiter le chômage de longue durée.

⁷⁶ Mise en place d'un dispositif de formation en alternance (accord national interprofessionnel du 23 octobre 1983 et loi sur la formation professionnelle du 24 février 1984) qui débouche sur la création des contrats de qualification, les contrats d'adaptation, les stages d'initiation à la vie active.

⁷⁷ T. Berthet, *et alii*, 2002, *op. cit.*, p. 3.

⁷⁸ T. Berthet dir., 2005, *op. cit.*, p. 3-4.

⁷⁹ T. Berthet *et alii*, 2002, *op. cit.*, p. 1-2.

6.4.1 Traitement quantitatif du chômage de longue durée et individualisation des parcours d'insertion

Le milieu des années 1980 correspond à une phase « d'industrialisation » de l'intervention publique pour faire face à un chômage de masse et à la progression du chômage de longue durée : « c'est la période de constitution d'un appareillage de lutte contre le chômage à des échelles industrielles. C'est à partir de 1984-1985, avec la mise en place des Contrats Emploi Solidarité (CES)⁸⁰, des grands plans de formation, les stages modulaires pour les chômeurs de longue durée... que l'on commence à entrer dans une phase industrielle. Le mot n'est pas très joli mais il illustre la problématique du moment qui est de traiter des phénomènes de masse avec des moyens de masse. Dans ce contexte, au moins dans un premier temps, on se soucie assez peu de problématique territorialisée. On définit des standards que l'on met en œuvre à partir de structures relativement rigides, des programmes verticaux pilotés nationalement qui laissent peu de marge aux utilisateurs. »⁸¹ Comme on le verra un peu plus loin, la mise en œuvre de ces mesures d'insertion va constituer une gestion à grande échelle du chômage de longue durée par le recours au secteur non marchand.

Dans le même temps, afin de prendre en compte l'hétérogénéité croissante des situations des chômeurs de longue durée, la notion de parcours d'individuel est érigée en norme d'action pour le traitement de ce public : « en ménageant au fil des années de pénurie d'emploi une gamme toujours plus diversifiée de situations alternatives au chômage, qui vont du stage court à la préretraite en passant par le contrat de travail temporairement subventionné, les politiques de l'emploi ont forgé autant d'instruments pour la constitution de véritables parcours individuels. Il n'est pas rare aujourd'hui qu'une même personne aille successivement d'un dispositif à l'autre, avec ou sans passage intermédiaire par le chômage. »⁸² Pour les pouvoirs publics, l'individualisation des parcours d'insertion présente l'avantage de pouvoir concilier les impératifs du traitement de masse et les exigences de la diversité : il s'agit d'individualiser l'action publique (en jouant sur l'agencement des différentes mesures) pour faire du « traitement de masse au cas par cas »⁸³. Destinées au départ aux demandeurs d'emploi les moins en difficulté vis-à-vis du marché du travail, les pratiques d'individualisation s'ouvrent progressivement à un public présentant des difficultés

⁸⁰ Les CES (contrat emploi solidarité) sont des contrats de droit privé, conclus par des collectivités territoriales, des personnes morales de droit public, des organismes privés à but non lucratif et des personnes morales chargées de la gestion d'un service public. Ils permettent à ces différentes catégories d'employeurs de bénéficier d'une prise en charge par l'État de tout ou partie de la rémunération des salariés recrutés en CES ou en CEC et d'être exonérées d'une partie des cotisations patronales.

⁸¹ Un ancien délégué de la Division Synthèse de la Délégation à l'Emploi, alors en charge su suivi transversal des politiques d'insertion professionnelle, cité par C. Guitton, document provisoire, 2005.

⁸² J.-L. Dayan, « Que faut-il attendre des politiques de l'emploi ? », *Revue de l'IREs*, n°18, 1995.

⁸³ P. Bouillaguet et C. Guitton (dir.), « L'évolution des politiques de formation et d'insertion des chômeurs de longue durée », Paris, Ten-Mire-Syros, 1992, repris par C. Guitton, *op. cit.*, 2005, p.70.

d'insertion. Si pour les premiers l'individualisation se traduit par une liberté de choix dans les modes de formation, elle se traduit pour les seconds par une spécialisation dans l'accueil, la pratique du bilan, de l'orientation, la capitalisation des acquis et la mise en place d'un suivi personnalisé. L'individualisation des parcours se pose à la fois comme principe et moyen de la réforme politique de lutte contre l'exclusion professionnelle engagée par les pouvoirs publics à la fin des années 1980, et au-delà de la politique de l'emploi dans son ensemble⁸⁴. La notion de parcours trouve une assise législative dans les textes de 1989 instaurant le Contrat Formation Individualisé (CFI) qui ouvre la possibilité pour des jeunes sans qualification de bénéficier d'un itinéraire personnalisé de formation en enchaînant plusieurs dispositifs existants, avec ou sans interruption, afin d'obtenir en fin de parcours une qualification validée⁸⁵. La notion de parcours a été reprise dans le cadre de dispositifs comme le RMI avec la notion de contrat d'insertion et plus récemment dans le cadre du programme TRACE (trajectoires d'accès à l'emploi des jeunes). L'individualisation des parcours d'insertion est le moyen de faire « le synthèse des contraintes antagonistes de la politique de l'emploi : concilier les impératifs du nombre et les exigences de la diversité ; agir simultanément sur l'offre et sur la demande de travail ; articuler l'insertion et la formation dans le cadre de parcours personnalisé d'accès à la qualification et à l'emploi ; élaborer des projets et des parcours d'insertion en réponse à des processus d'exclusion. »⁸⁶

Pour accompagner ce changement de norme d'action publique, la globalisation⁸⁷ et la déconcentration apparaissent alors comme les vecteurs de l'individualisation de la politique de l'emploi. L'idée de la globalisation naît en 1986 d'un constat simple rapporté par un ancien délégué adjoint à l'emploi : « tous les instruments, si bien conçus soient-ils, ne valent que par la manière dont ils sont mis en œuvre. »⁸⁸ La logique de la globalisation est de mettre à la disposition des services déconcentrés une « boîte à outils » et des enveloppes budgétaires⁸⁹ permettant à ces derniers d'affiner territorialement la politique de lutte contre le chômage de longue durée conduite par le gouvernement : il s'agit de « passer d'une ligne de produits par fournisseurs (DDTE, ANPE) à une ligne de produits par types de ré-

⁸⁴ *Ibid.*, P. Bouillaguet et C. Guitton (dir.), 1992, repris par C. Guitton, 2005, p. 70.

⁸⁵ Le CFI est en effet mis en œuvre dans le cadre d'un parcours individuel censé permettre à un jeune sans qualification, au terme de l'enchaînement de phases successives de remobilisation, de préqualification et de qualification ponctuées par des séquences en entreprise, d'atteindre le premier niveau de qualification sanctionné par la délivrance d'un diplôme, soit le niveau V (CAP, BEP ou équivalent). Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle, *Bilan du crédit formation individualisé (1989-1993)*, Cahier Travail et Emploi, décembre 1994, cité par C. Guitton, *op. cit.*, 1996, p. 506.

⁸⁶ C. Guitton, 2005, *op. cit.*, p. 70.

⁸⁷ La première globalisation va de 1986 à 1991 moment d'une nouvelle dérégulation du marché du travail et de progression rapide du chômage de longue durée.

⁸⁸ T. Berthet *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 42.

⁸⁹ Dans sa première version, la globalisation budgétaire est partielle, elle est alors limitée à 20 % des enveloppes.

ponses aux besoins de la clientèle (formation, insertion, accès à l'entreprise). »⁹⁰ La déconcentration renvoie à la gestion de la politique à partir d'une redéfinition opérationnelle des niveaux d'intervention : animation nationale par la Délégation à l'emploi (circulaires, réunions mensuelles des directeurs régionaux, déplacements sur le terrain), pilotage régional (définition et répartition des enveloppes départementales), mise en œuvre départementale (gestion administrative et financière de mesures), prolongement au niveau des bassins d'emploi dans certaines régions par les coordonnateurs emploi-formation. Dans cette organisation, c'est le niveau régional qui assure le bon fonctionnement de la globalisation en gérant les besoins exprimés par les départements et les priorités affichées au niveau national⁹¹.

On voit déjà comment en moins de 10 ans, l'évolution des représentations du chômage et du fonctionnement du marché du travail a entraîné une modification dans la gestion des effets de la crise : « on est passé d'une approche macro-économique quelque peu statistique et centrée sur l'emploi, le chômage et l'inactivité en termes de stocks, à une approche micro-économique, en termes de flux, plus dynamique et davantage centrée sur les individus. »⁹² Dans une logique d'efficacité de la mise en œuvre de la politique de l'emploi, individualisation et territorialisation vont alors de pair. Pour les promoteurs de cette politique, il s'agit d'avancer simultanément dans la voie de l'individualisation des politiques nationales (pour prendre en compte l'hétérogénéité croissante des chômeurs de longue durée) et de leur déconcentration (pour faire face à la variété des marchés locaux du travail)⁹³.

6.4.2 La prise en compte des travailleurs handicapés dans le traitement du chômage de longue durée

La fin des années 1980 est marquée par une série de textes de lois qui vont transférer du domaine réglementaire au domaine législatif le traitement du chômage de longue durée⁹⁴. Il s'agit de la loi du 10 juillet 1987 *relative à la prévention et à la lutte contre le chômage de longue durée* qui prévoit un programme d'aide à la réinsertion en faveur des chômeurs de longue durée, et de la loi du 27 novembre 1987 qui institue un nouveau type

⁹⁰ Un ancien membre de la Délégation à l'Emploi associé à la mise en place de la première globalisation, cité par C. Guitton, 2005, *op. cit.*, p. 70.

⁹¹ T. Berthet *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 43-44.

⁹² Ce changement s'est accompagné de nouvelles orientations dans le champ de la recherche au cours des années 1990 par l'usage croissant de données longitudinales et de panels : on voit ainsi apparaître en France des Journées du longitudinal (depuis 1994) sur l'initiative du Céreq et la mise en place la même année du panel européen Eurostat, in J. Gautié, 2003, *op. cit.*, p. 2.

⁹³ C. Guitton, 2005, *op. cit.*, p. 69.

⁹⁴ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 175.

d'employeurs, les associations intermédiaires⁹⁵, et marque ainsi la constitution d'un secteur de l'insertion par l'économique. Avec ces lois, le gouvernement affirme une nouvelle représentation du chômage de longue durée : il n'est plus « considéré comme la conséquence d'une marginalisation sociale préalable de certains travailleurs rendus ainsi plus vulnérables aux conséquences des mutations économiques. Il apparaît de plus en plus aujourd'hui comme le produit de la crise qui entraîne l'aggravation ou l'apparition de cas toujours plus nombreux de marginalité économique et sociale. »⁹⁶

➤ *La prise en compte du chômage des travailleurs handicapés et la rénovation de la loi de 1957*

Dans le même temps, le problème spécifique de l'insertion professionnelle des personnes handicapées va faire l'objet d'une loi votée elle aussi le 10 juillet 1987 : il s'agit de la loi en *faveur de l'emploi des travailleurs handicapés* qui réforme l'obligation d'emploi telle que posée dans la loi du 27 novembre 1957 afin d'infléchir la discrimination négative dont les travailleurs handicapés sont l'objet sur le marché du travail. Elle se traduit par la réforme du code du travail selon trois axes : la fixation d'un quota d'emploi de personnes handicapées, la définition des personnes bénéficiaires, et les possibilités offertes aux employeurs pour s'acquitter de l'obligation d'emploi. Cette loi vise à renforcer l'insertion professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail par la mise en œuvre d'un quota avec obligation de résultat (*cf.* chapitre 3). Dans un contexte de concurrence entre demandeurs d'emploi, les travailleurs handicapés se retrouvent majoritairement en queue de file d'attente et le dispositif spécifique permettant leur insertion professionnelle est remis en cause : « toutes les recherches statistiques sur l'emploi des handicapés démontrent l'échec de ce dispositif : environ 55 % de personnes reconnues handicapées demeurent sans emploi, ce pourcentage s'élève même à 80 % pour les jeunes et la durée moyenne du chômage est de près de deux ans en 1987, soit le double de celle de l'ensemble des salariés [celle-ci est de 681 jours pour les travailleurs handicapés contre 346 pour l'ensemble des chômeurs en 1988]. »⁹⁷ Selon les statistiques de l'ANPE, en 1987 le nombre de demandeurs d'emploi handicapés est de l'ordre de 45 000 personnes, soit 1,7 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi contre 1 % en 1979⁹⁸. Leur profil de demandeur d'emploi constitue un désavantage : 21 % d'entre eux ont 50 ans et plus (contre 14 % dans

⁹⁵ Ces associations peuvent embaucher des jeunes en grande difficulté et des chômeurs de longue durée pour les placer à titre onéreux auprès des particuliers, des entreprises, ou encore des collectivités publiques ou territoriales, pour des activités qui n'auraient pas d'ordinaire justifié l'embauche d'un salarié.

⁹⁶ J.-P. Delalade, « Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi modifiant le code du travail et relatif à la prévention et à la lutte contre le chômage de longue durée », Document de l'Assemblée nationale n° 745, annexe au procès verbal de la séance du 14 mai 1987, p. 5 cité par C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 164.

⁹⁷ M.-L. Cros-Courtial, « Les obligations patronales à l'égard des handicapés après la loi du 10 juillet 1987 », *Droit social* n°7-8, Juillet-Août 1988, p. 598.

⁹⁸ *Emploi et handicap. Déjà 10 ans... Construisons demain*, pub. de l'AGEFIPH, diff. L'Harmattan, 1997, p. 16.

l'ensemble de la population des demandeurs d'emploi), et ils sont très peu qualifiés. Ainsi, malgré un affichage fort de l'État concernant l'accès à l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail – « l'option de la France est de considérer les handicapés comme des citoyens actifs : elle s'appuie sur la finalité sociale et professionnelle de l'éducation ou de la rééducation des handicapés jeunes et adultes, similaire à celle qui prévaut pour les valides »⁹⁹ – l'emploi des personnes handicapées en milieu protégé a connu une croissance beaucoup plus rapide¹⁰⁰ qu'en milieu ordinaire de travail signifiant de la sorte l'échec du dispositif d'insertion professionnelle mis en place dans le cadre des lois de 1957 et 1975.

Comme l'indique C. Guitton, « avec la modernisation de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés dans le prolongement de la constitution des politiques à destination des jeunes et des demandeurs d'emploi de longue durée, les politiques d'insertion par le travail sont en place au milieu des années 1980. Elles visent désormais, et pour longtemps, trois catégories principales : les jeunes non qualifiés et/ou en difficulté, les chômeurs de longue durée et les travailleurs handicapés. Dans le cas de ces derniers, l'État a conservé et rénové le principe ancien de l'*obligation d'emploi*. Dans le cas des primo demandeurs d'emploi et des chômeurs de longue durée, les pouvoirs publics s'en tiennent à la multiplication de dispositifs d'*incitation à l'emploi* qui prennent la forme soit de contrats aidés dans les entreprises du secteur marchand, soit d'actions de remise au travail, distinctes du salariat, au sein d'organismes employeurs relevant du secteur non marchand [c'est-à-dire les collectivités territoriales, des personnes morales de droit public, des organismes privés à but non lucratif et des personnes morales chargées de la gestion d'un service public] »¹⁰¹.

6.5 LA GENERALISATION DES POLITIQUES D'INSERTION

Les différents plans pour l'emploi qui se succèdent à la fin des années 1980 vont tenter d'apporter de nouvelles réponses pour favoriser l'égalité des chances des demandeurs d'emploi les plus en difficulté au regard du marché du travail. Parmi ces derniers, la situation des personnes handicapées va connaître une évolution.

- Avec le premier plan pour l'emploi (janvier 1989), outre des mesures spécifiques pour les bénéficiaires du RMI (activités d'intérêt général dans le secteur non marchand),

⁹⁹ C. Du Grandut, 1981, *op. cit.*, p. 7.

¹⁰⁰ Les ateliers protégés représentaient en 1963 plus du tiers des établissements protégés, ils n'en constituaient plus que 15 % en 1982 (en 1980, on comptait 1 CAT pour 38 000 actifs et 1 atelier protégé pour 229 000 actifs). Entre 1978 et 1998, le nombre de places en CAT a triplé passant de 30 000 à 89 500, soit une augmentation de près de 300 %. Source DREES au 1/1/1998.

¹⁰¹ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 168.

le plan ouvre aux allocataires du RMI l'accès aux politiques d'insertion par le travail et aux contrats aidés dans le secteur marchand¹⁰².

- Le second plan pour l'emploi (décembre 1989) s'ouvre sur le constat que les précédentes inflexions de la politiques de l'emploi – en multipliant les catégories de bénéficiaires et le nombre d'outils disponibles pour gérer le chômage (pas moins de 16 programmes différents sont gérés par la Délégation à l'Emploi et à la formation professionnelle ainsi que par l'ANPE) – ont conduit à une perte d'efficacité (constat de « trous ») et de lisibilité (empilement de mesures). Au final, la sélectivité accrue du marché du travail à l'encontre de certaines catégories de populations est accentuée par les politiques d'insertion par le travail : la complexité qui découle des différents dispositifs génère des difficultés d'ajustement de la politique de l'emploi au niveau local. L'orientation préconisée par M. Aubry (présidente du X^e plan), est une simplification des dispositifs de lutte contre le chômage de longue durée et la redéfinition des bénéficiaires. Les dispositifs spécialisés sont alors remplacés par un nombre restreint de dispositifs généralistes. La définition par catégories fait place à une définition des publics selon une plus ou moins grande distance à l'emploi : publics de droit commun, publics prioritaires¹⁰³, publics dérogatoires¹⁰⁴. Trois dispositifs sont mis en place pour répondre au double impératif de performance et de lutte contre le chômage de longue durée : le contrat de retour à l'emploi¹⁰⁵ dorénavant accessible à un plus large public, les contrats emploi solidarité pour l'insertion dans le secteur non marchand, et les actions d'insertion et de formation pour les chômeurs de longue durée ayant besoin d'une formation. Les instruments de lutte contre le chômage sont désormais définis en fonction des besoins de leurs bénéficiaires (formation, insertion, accès à l'entreprise) et non plus en fonction des opérateurs (ANPE, DDTEFP)¹⁰⁶.
- En attribuant le statut de public prioritaire aux personnes handicapées (en remplacement de celui de public dérogatoire), le troisième plan pour l'emploi (septembre 1990), marque l'inscription des personnes handicapées dans le champ des politiques d'insertion : « Les handicapés bénéficient désormais simultanément des dispositions dérogatoires ou contraignantes spécifiques aux travailleurs handicapés (le travail protégé et l'obligation

¹⁰² Les contrats de retour à l'emploi sont créés pour favoriser l'accès en entreprise des chômeurs de longue durée et des bénéficiaires du RMI.

¹⁰³ Les publics prioritaires concernent les chômeurs de longue durée les plus anciens (plus de trois ans d'inscription à l'ANPE), les plus âgés (plus de cinquante ans), ou les plus démunis (bénéficiaires du RMI sans emploi depuis plus d'un an).

¹⁰⁴ Les publics dérogatoires sont les personnes handicapées qui par le fait d'être reconnues travailleur handicapé peuvent accéder sans autre condition aux dispositifs réservés aux publics prioritaires.

¹⁰⁵ Loi n°89-18 du 13 janvier 1989. Le contrat de retour à l'emploi a connu plusieurs versions entre 1989 et 1995. C'est un contrat de travail de type particulier dont l'objectif est de favoriser l'insertion ou la réinsertion professionnelle des chômeurs de longue durée par un accès direct à l'emploi en entreprise.

¹⁰⁶ T. Berthet, *et alii*, 2002, *op. cit.*, p. 4.

d'emploi) et des dispositifs incitatifs de droit commun en matière d'emploi (contrats aidés dans les secteurs marchand et non marchand). »¹⁰⁷

6.5.1 L'apparition du chômage d'exclusion

À la fin des années 1980, la persistance et l'aggravation du chômage de longue durée en période de forte croissance économique¹⁰⁸ vont invalider la conviction selon laquelle il existe une relation *croissance-emploi-chômage*. Cette dernière repose sur la théorie selon laquelle le retour de la croissance doit provoquer le redémarrage de l'emploi, qui doit provoquer à son tour la diminution du chômage, qui doit entraîner par effet mécanique le recul du chômage de longue durée. Mais dans les faits, si la reprise économique s'est traduite par la création d'emplois (700 000 en trois ans), ces derniers l'ont été en deçà des prévisions¹⁰⁹. De plus, la reprise économique n'a eu aucun effet sur le chômage de longue durée, au contraire, la diminution du chômage s'est accompagnée d'une augmentation du chômage de longue durée : le nombre des chômeurs les plus en difficulté (ceux étant à la recherche d'un emploi depuis plus de trois ans) s'est renforcé passant de 31 % à 35 % du chômage total entre 1987 et 1990. Ainsi, en période de reprise économique la sélectivité sur le marché du travail continue à jouer fortement. Les années 1990, correspondent à la mise en évidence qu'« en période de reprise économique et de création d'emploi, la stabilisation, voire la diminution du niveau de chômage non seulement ne provoque pas une décélération correspondante du chômage de longue durée mais s'accompagne au contraire de son aggravation. »¹¹⁰ La situation à l'égard de l'activité et des conditions d'emploi suscite de nouvelles formes d'inégalités. Le chômage provoque des inégalités intracatégorielles, c'est-à-dire qu'au sein d'une même catégorie socioprofessionnelle le chômage peut engendrer des inégalités considérables en terme de revenu et de patrimoine¹¹¹. Au regard de cette nouvelle analyse, l'amélioration des dispositifs d'insertion dans l'emploi marchand, et l'encouragement pour favoriser les passerelles entre les dispositifs d'insertion sociale et professionnelle devient une priorité.

C'est à l'occasion de la reprise économique de 1988-1990 que la notion de *chômage d'exclusion* apparaît. Elle est issue de « la prise de conscience des effets à long terme du chômage, qui conduit à écarter durablement, voire définitivement, une partie de la population active de toute intégration, non seulement dans le monde du travail, mais plus généra-

¹⁰⁷ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 192.

¹⁰⁸ Les années 1988-1990 sont des années de forte croissance : +3,5 % à +4 % par an.

¹⁰⁹ Ces créations ont permis certes de stabiliser le chômage mais pas de le réduire significativement (-60 000 chômeurs en trois ans), M.-T. Lambert, 1994, *op. cit.*, p. 167.

¹¹⁰ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 211.

¹¹¹ *Ibid.*, C. Guitton, 1996, p. 446.

lement dans la société, soit par un chômage continu, soit par un chômage récurrent, entrecoupé d'emplois précaires. »¹¹² Le chômage d'exclusion concerne les chômeurs de longue durée mais peut aussi toucher les salariés les moins qualifiés, et il persiste en situation de reprise économique. Deux explications complémentaires ont été avancées pour expliquer ces résultats : d'une part l'*effet d'appel* qui fait qu'en période de reprise économique les inactifs qui souhaitent reprendre un emploi (femmes ayant suspendu leur activité professionnelle par exemple) se présentent massivement sur le marché du travail, et d'autre part la conjugaison, en période de crise économique, de l'effet d'appel à celui de la file d'attente permet de rendre compte de l'aggravation du chômage de longue durée en période de reprise de l'emploi. En période de reprise économique, l'effet d'appel accentue la concurrence entre les chômeurs et provoque un effet de « décantation » de la file d'attente qui se traduit par un durcissement du chômage de longue durée¹¹³. Pour S. Wühl¹¹⁴, cette « anomalie » est en lien avec les modes de gestion de main-d'œuvre des entreprises françaises.

6.5.2 La révolution silencieuse des politiques de l'emploi

Les effets paradoxaux de la reprise économique de la période 1988-1990 ont eu une double conséquence sur la perception du fonctionnement du marché du travail par les pouvoirs publics : la faiblesse des créations d'emploi au regard du taux de croissance les conduit à se poser la question du lien emploi-croissance. L'augmentation du chômage de longue durée quant à elle pose celle de l'exclusion professionnelle et de son traitement, en quelque sorte indépendamment des autres composantes de la politique de l'emploi¹¹⁵. Ce double questionnement est à l'origine de la *révolution silencieuse* de la politique de l'emploi à partir de 1992, « cette révolution pourrait se définir comme le passage de politiques de l'emploi spécifiques, construites prioritairement autour de catégories particulières de demandeurs d'emploi (les jeunes, les peu qualifiés, les chômeurs de longue durée, etc.) à des politiques plus généralistes qui privilégient des mécanismes de création d'emploi : abaissement des charges sur les bas salaires, aménagement-réduction du temps de travail, développement d'un 'tiers secteur'. »¹¹⁶ Cette évolution est à l'origine de la tension qui structure depuis la politique de l'emploi entre politiques générales et politiques spécifiques.

– La problématique des *politiques spécifiques* consiste à « enrichir la politique de lutte contre le chômage » pour agir sur la structure du chômage : lorsque de nouveaux publics sont identifiés comme prioritaires au regard des difficultés qu'ils rencontrent sur le mar-

¹¹² M.-T. Join-Lambert, 1994, *op. cit.*, p. 167.

¹¹³ C. Guitton, 2005, *op. cit.*, p. 63.

¹¹⁴ S. Wühl, *Les exclus face à l'emploi*, Paris, Syros, 1992, cité par M.-T. Join-Lambert, 1994, *op. cit.*, p. 167.

¹¹⁵ C. Guitton, 2005, *op. cit.*, p. 73.

¹¹⁶ C. Daniel, « Les politiques d'emploi : une révolution silencieuse », *Droit social* n°1, 1998, p. 3-11.

ché du travail, de nouveaux dispositifs sont créés. Ces politiques ont comme objectif de lutter contre la sélectivité du marché du travail et vont se développer, comme on vient de le voir, du milieu des années 1970 à 1992. Elles vont successivement et de manière cumulative concerner les jeunes primo-demandeurs d'emploi, a fortiori lorsqu'ils sont sans formation et/ou sans expérience professionnelle, les chômeurs de longue durée et les travailleurs handicapés. Pour ces publics, la politique de l'emploi a développé des mesures visant à opérer une discrimination positive afin d'infléchir la rotation dans la file d'attente du chômage. Ces mesures se déclinent dans deux directions : l'amélioration de leur employabilité (stages formation par exemple) et la réduction du coût du travail dont l'objectif vise moins à compenser un déficit de productivité qu'à opérer une discrimination positive, c'est-à-dire à provoquer délibérément des effets de substitution entre catégories de main-d'œuvre sur le marché du travail de manière à contrer sa sélectivité spontanée¹¹⁷.

- La problématique des *politiques générales* consiste à « enrichir le contenu de l'emploi de la croissance » pour agir sur le niveau de chômage. Ces politiques vont se développer à compter de 1993 à partir de la thèse selon laquelle la pénurie d'emploi est en lien avec le coût du travail. Leur développement vise à agir sur le niveau de chômage en conjuguant des actions sur le coût du travail et sur la durée du travail¹¹⁸. Il s'agit de politiques macroéconomiques et sociales non ciblées sur des catégories particulières de demandeurs d'emploi et mises en œuvre depuis le niveau national par l'administration centrale.

Depuis 1998, la priorité affichée par le ministère du Travail est de restaurer un équilibre entre les politiques générales et spécifiques. Aujourd'hui deux types de mesures coexistent : celles à destinations des demandeurs d'emploi et celles en direction des entreprises. Les deux types de mesures peuvent être combinés : une mesure proposée à un demandeur d'emploi peut entraîner une exonération de charges pour l'entreprise qui l'accueille.

¹¹⁷ C. Guitton, « Travail et ordre social : une étude historique et juridique des politiques d'insertion par le travail ? », *Travail et Emploi*, 4^e trimestre, n° 77, 1998, p. 15-39.

¹¹⁸ Les travaux conduits dans le cadre de la préparation de la conférence nationale du 10 octobre 1997 sur les 35 heures ont mis en évidence le double problème de l'économie française au regard des principaux pays de l'OCDE : la croissance économique française est moins soutenue que celle de ses homologues et elle est faiblement créatrice d'emplois (sur une longue période, le seuil de croissance à partir duquel l'économie des pays de l'OCDE crée des emplois se situe en moyenne entre 2,5 % et 3 % ; en France ce seuil se situe entre 3 % et 3,5 %). Enrichir le contenu en emploi de la croissance consiste à abaisser ce seuil.

7 L'INFLUENCE DES POLITIQUES D'ASSISTANCE ET DE READAPTATION SUR LES POLITIQUES D'INSERTION

C. Guitton met en évidence l'incidence des cinq formes historiques dominantes d'institutionnalisation du rapport au travail – l'*Assignment par le travail* (période Pré-Révolutionnaire) ; la *Correction par le travail* (période Révolutionnaire et II^e République) ; l'*Assistance par le travail* (III^e République) ; la *Réadaptation par le travail* (Entre-deux-guerres et Trente glorieuses) ; l'*Insertion par le travail* (depuis le début des années 1980) – dans l'avènement des politiques d'insertion par le travail. Il souligne le fait qu'aucun des objectifs d'assignation, de correction, de réadaptation ou encore d'assistance n'a totalement disparu des politiques contemporaines d'insertion par le travail. »¹ Il relève cependant l'influence particulière des politiques d'assistance par le travail (héritées de la III^e République) et des politiques de réadaptation professionnelles (constituées pendant l'Entre-deux-guerres et les Trente glorieuses) dans la constitution des politiques d'insertion par le travail. Il émet l'hypothèse générale selon laquelle ces politiques sont dans leur conception le fruit d'une influence croisée entre ces deux modèles. Le modèle de l'assistance par le travail se retrouve à travers la mise en place, dès les années 1980, de contrats qui soumettent l'indemnisation à une contre-prestation quitte à ce que celle-ci se réalise hors du secteur marchand comme c'était le cas avec les ateliers de charité de l'Ancien Régime, les chantiers de secours municipaux de la période révolutionnaire ou encore les ateliers nationaux de la Seconde République. Le modèle de la réadaptation se retrouve quant à lui dans l'emprunt fait du modèle théorique de la transition tel que mis en place pour les personnes handicapées.

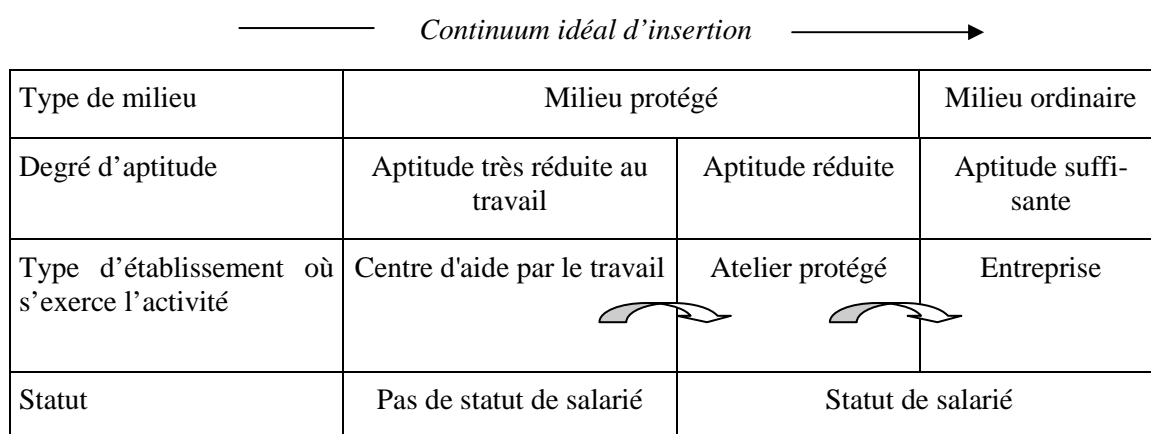
7.1 L'EMPRUNT IMPLICITE DU MODELE DE LA TRANSITION PROFESSIONNELLE DANS LA CONSTITUTION DES POLITIQUES D'INSERTION


La mise en évidence d'une analogie entre la politique d'insertion des personnes handicapées et les politiques d'insertion par le travail repose sur la similitude du modèle adopté par ces deux politiques : « l'élaboration d'une politique de mise au travail hors marché ou à la périphérie immédiate du marché et son indexation sur une politique d'accès à l'emploi

¹ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p.4.

marchand classique renvoient à l'économie générale de la politique d'intégration professionnelle des handicapés. »² Cet emprunt est plus implicite qu'explicite, il est mis en évidence par C. Guitton par une analogie entre la logique qui sous-tend la politique d'insertion professionnelle des personnes handicapées et celle qui est mise en œuvre à compter des années 1980 pour le traitement du chômage.

Comme on l'a vu dans la première partie, le modèle théorique de la transition pour les personnes handicapées repose sur deux critères : la constitution d'un secteur protégé (qui regroupe les ateliers protégés, les centres de distribution de travail à domicile et les centres d'aide par le travail) vers lequel sont orientées les personnes handicapées pouvant exercer une activité professionnelle mais dont la capacité productive est évaluée en dessous du seuil minimal pour exercer cette activité en milieu ordinaire de production, et la mise en place d'un quota et d'incitations financières pour favoriser leur insertion en milieu ordinaire de travail. La dissociation entre un milieu protégé et ordinaire pour ce public repose sur l'idée selon laquelle la trajectoire d'insertion professionnelle des personnes handicapées les moins aptes peut s'inscrire dans un continuum dans lequel le milieu protégé constitue une transition nécessaire dans un parcours vers l'autonomie professionnelle. Dans ce modèle, les personnes handicapées sont hiérarchisées en fonction de leur capacité de travail au regard des normes productives du milieu ordinaire de travail :



 : Transition d'un milieu productif vers un autre

Dans ce continuum idéal, le milieu protégé apparaît comme sas qui permet à la personne handicapée de bénéficier d'un réentraînement au travail et d'acquérir ainsi la capacité productive nécessaire pour intégrer le milieu ordinaire de production. Quant aux aides financières accordées (primes à l'embauche, abattement de salaire, accès à des contrats aidés), elles doivent permettre de rendre attractive une main-d'œuvre spontanément délaiss-

² *Ibid.*, C. Guitton, 1996, p. 18.

sée par les milieux économiques. La transposition de ce modèle, à des publics autres que ceux visés par les lois de 1957 et 1975, s'est tout d'abord réalisée dans le cadre de la politique sociale pour favoriser la réinsertion des handicapés sociaux³ (vagabonds, anciens détenus, etc.) puis dans le cadre de la politique de l'emploi pour favoriser l'insertion professionnelle des demandeurs d'emploi souffrant d'un « handicap » sur le marché du travail (jeunes sans qualification, sans expérience ou en difficulté, chômeurs de longue durée, âgés ou sans ressources, etc.). La transposition du modèle théorique de la transition dans le cadre de la politique de l'emploi est à l'origine de la constitution simultanée, au cours des années 1980, du secteur de l'insertion par l'activité économique (entreprises d'insertion, associations intermédiaires, etc.) et du secteur non marchand (établissements publics, collectivités territoriales, associations), ainsi que la constitution plus récente d'un secteur des services de proximité (emplois familiaux, services aux particuliers). Dans les trois cas, il s'agit de constituer un secteur protégé⁴ (abrité) devant permettre, comme pour le cas des personnes handicapées, de préparer les chômeurs au passage ou au retour au milieu ordinaire, c'est-à-dire à l'emploi classique dans les entreprises du secteur marchand⁵.

L'élaboration « à la périphérie de l'économie concurrentielle et du droit commun du travail, de zones d'emplois abritées, réservées en priorité aux handicapés les moins aptes, victimes d'un 'chômage de relégation'⁶ (secteur de travail protégé) ou encore aux chômeurs les moins employables, victimes d'un 'chômage d'exclusion' (secteur non marchand, secteur de l'insertion par l'activité économique, secteur des services) »⁷ peut être assimilée à la logique ancienne de l'assistance par le travail qui prévalait sous la III^e République. Cette logique est « perceptible dans la finalité même de la politique d'insertion professionnelle : (re)mettre au travail plutôt que secourir, ou en termes contemporains : insérer plutôt qu'indemniser, quitte à privilégier l'utilité sociale du travail produit sur son utilité économique. »⁸

³ La notion de handicap social a été introduite dans le code du travail à la suite de la loi de 1974 sur l'aide à l'hébergement et à la réadaptation sociale pour permettre aux bénéficiaires de cette forme d'aide sociale d'accéder au secteur de travail protégé jusque là réservé aux travailleurs handicapés physiques, sensoriels ou mentaux.

⁴ C. Guitton associe la notion de *travail protégé*, dans une acception large, aux différentes tentatives faites par les pouvoirs publics pour constituer, entre le service public et le marché, des *secteurs de travail protégé ou abrité*, c'est-à-dire des zones économiquement moins exposées que le secteur concurrentiel, qu'il s'agisse des structures de travail protégé pour les travailleurs handicapés, des structures d'insertion par l'activité économique, du secteur non marchand ou encore du secteur des services de proximité pour les chômeurs menacés d'exclusion professionnelle, C Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 276.

⁵ *Ibid.*, C. Guitton, 1996, p. 16.

⁶ L'expression figure dans le rapport au ministre du Travail du groupe présidé par B. Rémond, *L'accès à la formation professionnelle des travailleurs handicapés*, novembre 1991, p. 11.

⁷ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 16.

⁸ *Ibid.*, C. Guitton, 1996, p. 268.

Ainsi, dès l'origine, les objectifs définis pour les mesures d'insertion ont été de deux ordres :

- Concourir à l'insertion professionnelle et sociale d'une partie de la population active connaissant des difficultés importantes d'accès à l'emploi ;
- Favoriser le développement pérenne de l'emploi dans des activités utiles à la collectivité et pour lesquelles les besoins ne semblaient pas satisfaits.

Il faut cependant noter que les pouvoirs publics ont opéré une distinction de plus en plus nette entre les objectifs de création d'activités et d'insertion des publics en difficulté. À l'origine, les deux objectifs ont été portés par la même mesure (les TUC), par la suite on assiste à une dissociation des objectifs : les CES (1989) et les Contrats Emploi Consolidés (CES – 1992) étaient censés remplir exclusivement une fonction d'aide à l'insertion, alors que le programme Nouveaux Services – Emplois Jeunes⁹ était chargé de la fonction d'appui au développement d'activités nouvelles ou correspondant à des besoins sociaux non satisfaits¹⁰. Il faut souligner que les personnes handicapées, du fait de leur statut de demandeur d'emploi prioritaire, bénéficiaient des mesures d'insertion professionnelle à destination des chômeurs de longue durée.

7.1.1 Transfert du modèle de la transition pour les handicapés sociaux

Un certain nombre de dispositifs mis en œuvre dans le cadre de la politique de l'emploi peuvent être assimilés à des formes de travail protégé à destination de personnes non-handicapées. Il en est ainsi du secteur de l'insertion par l'activité économique qui apparaît à la fin des années 1970 dans le prolongement du secteur protégé constitué pour les personnes handicapées. La distinction de traitement des problèmes des handicapés labellisés par la loi du 30 juin 1975 et les handicapés sociaux va conduire certaines associations de travail social à mettre en place des structures dédiées à ce public selon une logique identique à celle qui a prévalu à la création du milieu protégé. C. Guitton montre comment la prégnance du modèle des structures de travail protégé est telle, au début des années 1980, que les précurseurs de l'insertion par l'économique vont avoir de grandes difficultés pour faire reconnaître par le ministère des Affaires sociales la spécificité de leur démarche et la nécessité de s'extraire des logiques institutionnelles et juridiques du travail protégé¹¹. La transposition de la logique d'intervention mise en place pour les personnes handicapées

⁹ Loi n° 97-940 du 16 Octobre 1997 parue au JO n° 242 du 17 octobre 1997.

¹⁰ Y. Robineau, « Les mesures d'aide aux emplois du secteur non marchand », Conseil national de l'évaluation, commissariat général du plan, La documentation française, 2002, p. 31.

¹¹ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 407.

vers le traitement des handicapés sociaux explique la forte similitude que l'on rencontre entre ces établissements.

En 1979 la circulaire 44¹² préconise la création de deux types d'établissements correspondant à une hiérarchie des difficultés à traiter pour le retour à l'emploi des handicapés sociaux : des « ateliers de réentraînement au travail et à l'effort » qui sont censés constituer un sas vers l'emploi en milieu ordinaire. Dans cette optique, la circulaire préconise la création de « services de placement permettant de travailler à l'extérieur sous contrôle du centre ». Des « centres de vie pour des cas lourds, ayant un long passé de désocialisation, pour qui le retour à la vie en milieu non protégé paraît très difficilement envisageable »¹³. Comme dans le cas des ateliers protégés, la fonction transitoire de ces institutions est réaffirmée pour les ateliers de réentraînement au travail. À l'inverse, dans les centres de vie, le travail protégé est considéré comme permanent, ils se rapprochent davantage des centres d'aide par le travail (même si pour ces derniers l'objectif d'un continuum vers une insertion en milieu ordinaire est préconisé).

Le secteur de l'insertion par l'économique (les entreprises intermédiaires qui deviendront les entreprises d'insertion, puis les régies de quartier et les chantiers-écoles et par extensions les associations intermédiaires, puis les entreprises d'intérim d'insertion et les groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification) présente les mêmes caractéristiques que le milieu protégé conçu pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées, en particulier à travers la création des structures spécifiques. Comme pour les personnes handicapées, on retrouve la logique d'un continuum du milieu protégé vers le milieu ordinaire de travail. Il s'agit de « maintenir une chaîne qui va des actions s'adressant aux publics les plus en difficulté, voire totalement marginalisés, aux actions s'adressant aux publics les plus proches d'une insertion ordinaire (...) afin de faire évoluer les publics de l'insertion par l'économique vers les formules les plus proches de l'insertion professionnelle de type commun, (...) et notamment de ne pas confiner les publics les plus en difficulté dans des structures très spécialisées mais de faire évoluer ces publics eux aussi jusqu'à des formules d'insertion plus ordinaires. »¹⁴

¹² La circulaire n°44 du 10 septembre 1979 de la Direction de l'action sociale du ministère de la Santé « relative à l'organisation du travail des handicapés sociaux » est venue donner une base juridique aux multiples expériences qui se sont développées en cinq ans dans le champ de l'aide sociale, que ce soit par les CHRS, les clubs de prévention ou les travailleurs sociaux.

¹³ Sous l'appellation générique de CAVA, deux formules distinctes ont été mises en œuvre : les *ateliers de réentraînement au travail*, créés dans le cadre des CHRS, et les *centres d'adaptation à la vie active* proprement dits, autonomes par rapport aux CHRS et disposant de subventions spécifiques.

¹⁴ Ministère des Affaires sociales, *L'insertion par l'économique*, dossier interne, ronéoté, janvier 1994, fiche 4 p. 2, cité par C. Guittou, 1996, *op. cit.*, p. 407.

7.1.2 Extension de cette logique aux chômeurs jeunes puis de longue durée

Si les premières aides aux emplois du secteur non marchand apparaissent dans la politique de l'emploi à la fin des années 1970¹⁵ ces dernières gardent cependant un rôle marginal jusqu'au milieu des années 1980. L'extension du chômage de longue durée à un nombre de plus en plus important de demandeurs d'emploi associée à la capacité d'accueil limitée des structures d'insertion par l'économie¹⁶, conduisent les pouvoirs publics à rechercher des solutions devant permettre de créer les conditions d'un retour vers l'emploi pour un public rencontrant des difficultés d'insertion. C'est par le biais du recours à la mobilisation à grande échelle des employeurs du secteur para-public et associatif que sont construits les dispositifs à destination de ces demandeurs d'emploi. C'est ainsi que « les actions d'insertion par le travail dans le secteur non marchand, dont l'origine remonte à la création des travaux d'utilité collective (TUC) en 1984, constituent aujourd'hui avec leurs successeurs, les contrats emploi solidarité (CES), une composante essentielle de la politique de l'emploi et le principal dispositif d'action quantitative sur le niveau du chômage. En organisant la (re)mise au travail massive, hors du secteur productif, de jeunes puis d'adultes durablement éloignés de l'emploi, les pouvoirs publics ont renoué avec la problématique de l'assistance par le travail tout en reprenant le schéma théorique de la transition hérité de la politique d'intégration professionnelle des travailleurs handicapés. »¹⁷ La mise en œuvre des TUC entre 1984 et 1989, puis des CES à partir de 1990 et des CEC en 1992 va constituer une gestion à grande échelle du chômage de longue durée en inscrivant clairement le passage dans ces dispositifs comme une transition.

➤ *Les TUC : une réponse au chômage des jeunes*

Le gouvernement Fabius est amené à établir à ses débuts un double constat d'échec : le chômage des jeunes n'a jamais été aussi important qu'en 1984 (plus de 800 000 chômeurs de moins de 26 ans). Résorber le chômage des jeunes devient, plus encore qu'auparavant, l'une des priorités du gouvernement et les TUC¹⁸ sont l'une des réponses

¹⁵ Dès cette époque, les pouvoirs publics proposent de financer en partie la création d'emplois d'utilité collective s'inspirant des programmes d'initiatives locales qui avaient été introduit au Canada à une période où l'on pensait que la crise serait de courte durée. Il s'agissait alors d'intervenir contre le chômage sans modifier les mécanismes traditionnels de l'économie de marché ou du secteur public, en créant des emplois temporaires dans les associations, pour des activités qui n'avaient été prises en compte jusqu'alors ni par les services publics ni par les entreprises. Y Robineau, 2002, *op. cit.*, p. 91.

¹⁶ La création de ce type de structure relevant de l'initiative privée, le nombre de structures existantes était en nombre insuffisant pour absorber le nombre croissant de chômeurs de longue durée.

¹⁷ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 412. Il faut cependant noter que les contrats CES et CEC ont disparu de la politique de l'emploi dans le courant 2005.

¹⁸ Les TUC (décret du 16 octobre 1984) ont été mis en place pour favoriser l'insertion des jeunes. Ce sont des actions d'insertion par le travail inscrites dans le cadre juridique du statut de stagiaire de la formation professionnelle (livre IX du Code du travail) et présentées à l'époque comme « *de véritables stages d'insertion en alternance dans les secteurs des collectivités locales et des associations* » (Discours de monsieur Phi-

imaginées dans cette perspective¹⁹. Si elle ne constitue pas une rupture quant aux logiques qui animent la politique de l'emploi, l'apparition des TUC marque le début d'une période de croissance très vive des dépenses pour les aides aux emplois du secteur non marchand : « de 1985 à 1994, les crédits de ces mesures sont multipliés par 8 et ils atteignent en fin de période près de 20 % du total des dépenses annuelles consacrées aux « dispositifs ciblés de politique de l'emploi », 2 contre 3 % en 1985 et moins de 1 % auparavant. »²⁰

Cependant, le TUC n'est pas un emploi²¹, c'est une mise en activité qui se veut une réponse aux risques de marginalisation des jeunes provoqués par l'inactivité forcée. Il se présente comme un nouveau mode de transition entre la formation initiale et l'emploi standard en entreprise, pour constituer une sorte de première expérience professionnelle – en particulier pour les jeunes peu qualifiés²². L'argument principal est que la mise en situation de travail, avec la confrontation au réel qu'elle implique, est plus conforme aux désirs des jeunes et plus favorable à l'insertion économique et sociale que les stages de formation classiques. Les TUC vont rapidement être assimilés à une forme de « petits boulots » et sont au cours de l'année 1986 désaffectés par les jeunes²³. Les menaces de radiation des chômeurs refusant l'entrée dans la mesure accentuent encore, début 1988, la dégradation de l'image des TUC. À l'automne 1989, la disparition des TUC est discrète et ne suscite guère d'échos, contrairement à leurs débuts. Lors de la présentation à l'Assemblée nationale du projet de loi favorisant le retour à l'emploi et la lutte contre l'exclusion professionnelle, Jean-Pierre Soisson, alors ministre du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle, déclare : « Les TUC ont représenté en 1985 un progrès indiscutable, mais l'usure du temps a fait son oeuvre. La faiblesse des rémunérations détourne les jeunes. Le relâchement des efforts des organismes d'accueil entraîne une moindre qualité des activités offertes. Le résultat est que près de 40 % des places disponibles ne sont pas pourvues. Pour les jeunes, trop souvent, les TUC, c'est devenu la galère ! »²⁴

lippe Seguin, ministre du Travail et des Affaires sociales, au cours de la réunion des élus et des responsables locaux sur le thème de l'emploi, Nantes, le 28 septembre 1987), cité par C. Guitton, *Ibid.* 1996, p. 10.

¹⁹ Y. Robineau, 2002, *op. cit.*, p. 64. Ce dispositif ne constituait que l'un des volets d'un vaste programme pour l'emploi des jeunes : la nouvelle politique d'insertion professionnelle des jeunes se caractérise surtout par la diversité des mesures qui sont supposées pouvoir satisfaire – par la souplesse de leur utilisation au niveau local – la grande variété des besoins des jeunes. Cette politique repose essentiellement sur la relance d'un nouveau dispositif de formation en alternance en entreprise – contrats d'adaptation, contrats de qualification, SIVP.

²⁰ Y. Robineau, 2002, *op. cit.*, p. 65.

²¹ Les jeunes en TUC bénéficiaient d'un statut de stagiaire de la formation professionnelle procurant des droits bien inférieurs à ceux d'un contrat de travail, une rémunération de 1 200 francs (182,94 euros) par mois pour un mi-temps, assez éloignée du niveau du SMIC.

²² Initialement, les jeunes devaient avoir entre 16 et 21 ans, à partir d'août 1985, les jeunes de 21 à 25 ans inscrits à l'ANPE depuis au moins 12 mois continus ont pu aussi entrer en TUC. Il n'y avait pas de conditions de niveau de formation.

²³ *Ibid.*, Y. Robineau, 2002, p. 93

²⁴ « Journal Officiel », débats parlementaires, Assemblée nationale, compte rendu intégral de la 1re séance du vendredi 13 octobre 1989, *Ibid.*, cité par Y. Robineau, 2002, p. 95

➤ *Les CES puis les CES : une prise en compte des demandeurs d'emploi en grande difficulté*

La transformation des TUC en CES²⁵ en 1989 a constitué plusieurs avantages dans le cadre de la politique de l'emploi. Le CES est le moyen d'ouvrir ce type de mesure aux nouveaux publics prioritaires de la politique de l'emploi (chômeurs de longue durée, bénéficiaires du RMI, travailleurs handicapés), de simplifier en les unifiant les dispositifs nationaux et locaux de mise au travail sur des activités d'utilité sociale qui avaient successivement mis en place au coup par coup²⁶. De plus, alors qu'avec les TUC le jeune bénéficiait de la même couverture sociale qu'un stagiaire de la formation professionnelle rémunéré par l'Etat, l'assimilation du CES à un contrat de travail de droit privé à la rémunération horaire alignée sur le SMIC faisait de son bénéficiaire un salarié.

La création des CES se traduit en 1990 par la coexistence revendiquée de deux types de publics éligibles à la mesure :

- Un public assez large de jeunes, ayant un niveau de qualification plutôt faible (niveau V ou moins²⁷) ou des difficultés d'intégration dans l'emploi (12 mois de chômage dans les 18 derniers mois) ;
- Un public tout aussi large d'adultes : allocataires de minima sociaux (RMI, Allocation de solidarité spécifique) ou de faibles allocations de chômage (allocation de fin de droits), ou bien demandeurs d'emploi de 50 ans et plus, ou encore chômeurs ayant des difficultés de retour à l'emploi (12 mois de chômage dans les 18 derniers mois et les travailleurs handicapés depuis 1992)²⁸.

Dès 1990, apparaît la distinction fonctionnant encore aujourd'hui entre un public assez large de demandeurs d'emploi et de bénéficiaires de minima sociaux qui peuvent entrer en contrat aidé avec un régime de base pour eux mêmes et pour leur employeur, et des ca-

²⁵ La création des contrats emploi-solidarité fut décidée par la loi n° 89-905 du 19 décembre 1989 favorisant le retour à l'emploi et la lutte contre l'exclusion professionnelle. Le CES ne fut pas le seul dispositif examiné dans le cadre de cette loi qui traita aussi de la réforme du contrat de retour à l'emploi dans le secteur marchand et des missions locales pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes. *Ibid.*, Y. Robineau, 2002, p. 95.

²⁶ B. Simonin, 2002, *op. cit.*, p. 13. Parmi ces mesures on peut citer les Compléments Locaux de Ressources (1985), le Programme Local d'Insertion des Femmes pour les femmes isolées (1986), les Programmes d'Insertion Locale (1987), les Activités d'Intérêt Général (1989).

²⁷ Niveau VI : sorties du premier cycle et du second degré (sixième, cinquième, quatrième) et des formations pré-professionnelles en un an ; niveau V bis : sorties de troisième et des classes de second cycle court avant l'année terminale ; niveau V : sorties de l'année terminale des cycles courts professionnels et abandons de la scolarité du second cycle long avant la classe terminale.

²⁸ Sans qu'il soit encore question de publics prioritaires, des différences sont faites quant au taux de prise en charge du coût salarial (100 % au lieu de 85 %) et quant à la durée maximale du passage en contrat aidé (2 ans au lieu d'un an) pour trois sous-catégories : les demandeurs d'emploi depuis 3 ans et plus, les bénéficiaires du RMI sans emploi depuis au moins un an, les chômeurs de 50 ans et plus ayant eu 12 mois de chômage dans les 18 derniers mois. Y. Robineau, 2002, *op. cit.*, p. 116-117.

tégories de publics qui procurent plus d'avantages financiers à leur employeur et qui se voient appliquer des règles particulières parce qu'elles sont supposées connaître plus de difficultés d'accès à l'emploi : chômeurs de très longue durée, chômeurs de longue durée connaissant des difficultés sociales ou professionnelles supplémentaires (vivre dans un ménage aux très faibles revenus, être âgé de plus de 50 ans, être travailleur handicapé). Les contours de ces catégories ont été un peu modifiés au cours du temps²⁹ et la notion même de catégorie de public a de plus en plus été mise en cause au profit d'une approche individualisée des besoins des personnes³⁰. Toutefois, « à partir du moment où les pouvoirs publics ont cherché à diminuer le nombre d'entrées en CES [1995³¹], le critère de l'appartenance à une catégorie de public n'a plus paru suffisant comme règle de sélection. Dès la circulaire du 4 août 1995, il était indiqué que les services devaient chercher à faire rentrer en CES les 'publics les plus menacés d'exclusion', puis fin 1996 que devaient être privilégiées 'les personnes rencontrant les difficultés d'insertion professionnelle les plus graves'. La circulaire du 31 décembre 1997 est allée plus loin en explicitant la nécessité d'une appréciation en opportunité pour chaque individu, et en précisant que toutes les personnes éligibles n'avaient pas vocation à entrer en CES, où ne devaient être orientées que 'les personnes qui ne peuvent ni occuper un autre emploi, ni entrer directement dans une formation qualifiante'. La circulaire de décembre 1998 a repris ce principe, mais, (...) elle l'a doublé d'une obligation pour les services de réserver 75 % des entrées aux publics prioritaires. Pour permettre aux services de s'inscrire réellement dans une logique d'appréciation au cas par cas, la possibilité leur a été laissée de faire entrer en CES des personnes ne remplissant pas les critères administratifs mais rencontrant des difficultés particulières de réinsertion professionnelle et sociale dans la limite de 5 % des contrats. »³²

On peut isoler des catégories stables, qui ont toujours regroupé la grande majorité des publics prioritaires : les demandeurs d'emploi depuis 3 ans et plus, les chômeurs de longue durée de plus de 50 ans ou bénéficiaires du RMI, les travailleurs handicapés (depuis 1992). Si la catégorie des chômeurs de longue durée âgés de 25 ans ou moins n'a jamais constitué un critère administratif de priorité, elle permet toutefois de rendre compte partiellement de l'objectif constant des pouvoirs publics d'accueillir en CES les jeunes en grande difficulté.

²⁹ Les catégories de publics éligibles ont peu varié. Elles se sont élargies aux travailleurs handicapés dès 1991, puis aux allocataires de l'allocation de parent isolé (API). À l'inverse, les jeunes ayant un diplôme au moins égal au baccalauréat sont sortis définitivement des publics éligibles en 1992. Les travailleurs handicapés ont été intégrés rapidement aux publics prioritaires, de même que les « jeunes en grande difficulté ». En 1998, les allocataires des minima sociaux autres que le RMI (API et allocation de solidarité spécifique - ASS) et sans emploi depuis un an l'ont été également.

³⁰ Y. Robineau, 2002, *op. cit.*, p. 117.

³¹ La baisse des CES n'a connu aucune interruption depuis le second semestre 1995 et elle a été programmée par l'État qui a réduit chaque année les crédits disponibles pour la mesure.

³² Y Robineau, 2002, *op. cit.*, p. 118.

➤ *Proposer une nouvelle forme de sortie du CES : la création du CEC*

Confrontés au maintien de la crise de l'emploi et la panne du modèle de la transition professionnelle les pouvoirs publics instaurent en 1992 un nouveau type de contrat aidé dans le secteur non marchand : le contrat emploi consolidé³³ (CEC). Le CEC a pour objectif de favoriser l'embauche dans le secteur non marchand des personnes qui ne parviennent pas à trouver un emploi de droit commun ou à bénéficier d'une formation à l'issue d'un CES. Le CEC propose une nouvelle forme de sortie du CES socialement acceptable. Il s'agit en particulier des chômeurs ayant des difficultés d'insertion professionnelle comme celles rencontrées par les bénéficiaires du RMI³⁴, les travailleurs handicapés et par d'autres catégories de publics. Les modifications apportées visent à la fois à inciter les employeurs à embaucher ces publics en priorité, à améliorer la préparation de la sortie de la mesure et à permettre aux personnes qui n'ont aucune solution professionnelle à l'issue de la période prévue en CES de rester plus longtemps dans la mesure ou de passer sur un autre statut dans le secteur non marchand³⁵. Le CEC a été « réservé officiellement à une partie seulement des personnes passant en CES : celles pour lesquelles n'existe aucune solution alternative d'emploi ou de formation. La politique de l'emploi a, avec cette mesure, poussé très loin le paradoxe : offrir un emploi se rapprochant de l'ancienne norme du CDI à temps plein, au moment même où cette norme était de plus en plus remise en cause, à des personnes désignées comme 'inemployables'. »³⁶

Cependant, la mise en emploi de ces demandeurs d'emploi « inemployables » entraîne ipso facto la stigmatisation des emplois qu'ils occupent et des activités qu'ils réalisent, et bloque toute perspective de développement. Le passage en CEC ne constitue pas en soi une nouvelle forme de reconnaissance de l'utilité sociale des activités réalisées par la personne en CES. Il doit permettre de résoudre les difficultés particulières d'emploi, plus que de contribuer à la consolidation de ces activités. C'est la raison pour laquelle à l'objectif d'insertion professionnelle et sociale des personnes en difficulté assigné aux CES et aux CEC, a été opposé l'objectif de développement d'activités créatrices d'emploi pour les jeunes, présenté dans le 1^{er} article de la loi du 16 octobre 1997. La création du programme Nouveaux Services – Emplois Jeunes³⁷ a parachevé une dynamique entamée avec

³³ Loi du 29 juillet 1992 et modifiée par la loi quinquennale pour l'emploi du 20 décembre 1993. Ces contrats peuvent être conclus pour une durée indéterminée ou pour une durée déterminée (entre 1 an et renouvelables dans la limite de 5 ans). Ce dispositif est ouvert aux titulaires de CES qui ne parviennent pas à trouver un emploi ou une formation à l'issue de leur contrat, mais seuls sont éligibles au CEC les publics désignés comme prioritaires au moment de leur embauche en CES.

³⁴ Au départ les allocataires du RMI devaient représenter entre 20 000 et 25000 embauches.

³⁵ Y Robineau, 2002, *op. cit.*, p. 103-104.

³⁶ B. Simonin, février 2002, *op. cit.*, p. 15

³⁷ Le public potentiel de la mesure, correspond en théorie à l'ensemble des demandeurs d'emploi de moins de 26 ans et aux demandeurs de 26-29 ans sans droits à l'allocation unique dégressive. Il faut cependant souligner que comparés aux salariés en CES et en CEC, les jeunes recrutés au titre du programme n'ont guère de


la création des CES, par laquelle les pouvoirs publics semblent avoir cherché à remplacer progressivement l'image du « petit boulot précaire » dénoncée du temps des TUC, par celle de l'emploi stable et protecteur, se rapprochant d'un contrat de travail standard et donnant des droits presque équivalents³⁸.

➤ *Similitudes entre les contrats aidés du secteur non marchand avec le modèle de la transition professionnelle des personnes handicapées*

L'insertion des chômeurs de longue durée par le biais de contrats aidés dans le secteur non marchand repose sur une logique similaire à celle qui a prévalu à l'instauration du secteur protégé pour les personnes handicapées. Il s'agit dans les deux cas de mettre en œuvre les conditions censées préparer des demandeurs d'emploi déqualifiés sur le marché du travail de trouver (pour les jeunes) ou retrouver (pour les autres) les qualités leur permettant d'accéder à l'emploi en milieu ordinaire. Outre la dimension « réentraînement au travail », l'analogie avec le modèle de la transition professionnelle s'étend aussi dans l'intervention de l'État à travers les formes de contrats aidés qui apparaissent dans le cadre des politiques de l'emploi. Comme c'est le cas avec les personnes handicapées il s'agit de tenter de peser sur les pratiques d'embauche des entreprises, de manière incitative dans le cas des demandeurs d'emploi (réductions de charges), de manière parfois plus contraignante dans le cas des travailleurs handicapés à travers l'obligation d'emploi³⁹.

Continuum idéal d'insertion →

Niveau d'employabilité	Non concurrentiel sur le marché du travail	Concurrentiel sur le marché du travail
Secteur où s'exerce l'activité	Secteur non marchand	Secteur marchand
Aides associées	Contrats aidés	Insertion sans aide

 : Transition d'un milieu productif vers un autre

points communs. Ils sont, bien sûr, beaucoup plus jeunes mais ils ont aussi un niveau de formation beaucoup plus élevé. Y Robineau, 2002, *op. cit.*, p. 205.

³⁸ *Ibid.*, Y Robineau, 2002, p. 115.

³⁹ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 16.

Il faut cependant souligner que l'accès au secteur non marchand par les CES et les CEC offre moins de stabilité que l'insertion en atelier protégé pour les personnes handicapées dans la mesure où la sortie de l'atelier protégé n'est pas soumise à condition (sauf celle d'une amélioration ou d'une détérioration de l'état de santé de la personne handicapée.) Une autre différence tient à la dimension quantitative : le secteur protégé comme le secteur de l'insertion par l'économique ont une capacité d'accueil réduite (moins de 20 000 places dans les deux cas), alors que le dispositif des CES et CEC s'inscrit dans une gestion de masse du chômage et porte sur plusieurs centaines de milliers de bénéficiaires en flux annuel : depuis la création du CES et jusqu'à la fin de l'année 2000 plus de 2 800 000 personnes sont passées dans cette mesure⁴⁰.

7.2 L'ÉCHEC DU MODÈLE DE LA TRANSITION

Qu'il s'agisse des personnes handicapées ou des chômeurs de longue durée, le modèle de la transition ne fonctionne pas pour les publics les plus fragilisés. Si le passage du milieu protégé (pour les personnes handicapées) ou du secteur non marchand (pour les chômeurs de longue durée) vers le secteur marchand ne se fait pas en période de sous-emploi massif et durable, les raisons de cet échec sont cependant différentes pour ces deux publics.

7.2.1 Les conditions de la transition pour les personnes handicapées

Comme on l'a vu dans la première partie, pour ce qui concerne le milieu protégé, en France, une rupture est reconnue juridiquement sur le triple plan du ministère de rattachement, du mode de financement et du statut de la main-d'œuvre⁴¹. Ainsi, selon l'établissement protégé dans lequel travaille une personne handicapée, elle bénéficie ou non du statut de salarié. Indépendamment de la nature du handicap⁴², c'est la capacité de travail qui détermine l'orientation en atelier protégé (au moins égale à 1/3 de celle d'un travailleur valide) ou en CAT (inférieure à 1/3). L'accès au milieu protégé est juridiquement contrôlé par les COTOREP, toutefois, dans une vingtaine de départements il n'est pas fait appel aux commissions d'orientation, « cette situation peut trouver son origine dans des relations locales difficiles, dans l'insuffisance de moyens ou de dynamisme de certaines commissions ; elle peut traduire également des phénomènes de filière, notamment entre associations et établissements. »⁴³

⁴⁰ L'importance de ce chiffre indique que pour de nombreuses personnes le passage en CES a été suivi de situations professionnelles autres que le chômage ou le retour en emploi aidé du secteur non marchand (ce qui, bien sûr, ne signifie pas nécessairement une stabilisation dans l'emploi ordinaire).

⁴¹ M.-C. Villeval, « Le milieu protégé : un pôle croissant d'emploi des handicapés », *Travail et emploi*, mars 1984, p. 47-60.

⁴² Les déficiences intellectuelles sont la pathologie la plus fréquente dans les deux types d'établissement mais elles sont relativement plus rares en atelier protégé qu'en CAT.

⁴³ Cour des comptes, 2003, *op. cit.*, p. 117.

➤ *Une forte croissance marquée par un déséquilibre entre centres d'aide par le travail et ateliers protégés*

Le développement d'un milieu protégé est à l'origine le fait de la volonté privée : les premiers établissements de travail protégé se sont ouverts sur l'initiative de parents d'enfants inadaptés ou d'associations de handicapés au cours des années 1950. Leur développement a connu une croissance déséquilibrée entre ateliers protégés et CAT. Si les ateliers protégés représentaient en 1963 plus du tiers des établissements protégés⁴⁴, ils n'en constituaient plus que 15 % en 1982 (en 1980, on comptait 1 CAT pour 38 000 actifs et 1 atelier protégé pour 229 000 actifs)⁴⁵. En 1975, avant même le vote de la loi d'orientation, on comptait 446 CAT (27 000 places) et 45 ateliers protégés (2 500 places)⁴⁶. Bénéficiant de l'application de la loi de 1975, les CAT ne vont cesser de se développer jusqu'aux années 1980, date à laquelle ils atteignent un nombre total de 800 établissements pour 53 000 places en 1983, alors qu'à la même date on ne compte que 120 ateliers protégés pour 5 000 places⁴⁷. Entre 1978 et 1998, le nombre de places en CAT a triplé passant de 30 000 à 89 500, soit une augmentation de près de 300 %⁴⁸. Ces résultats s'expliquent en partie par le renforcement des effets de filière entre le « secteur enfants » et le « secteur adultes » : le milieu protégé constitue en quelque sorte la trajectoire « naturelle » des enfants ayant suivi leur scolarité dans les établissements spécialités : un adolescent sur huit passe directement d'un établissement médico-social à un poste de travail en CAT ou atelier protégé⁴⁹. Par rapport à leur évolution, la moitié des CAT ont été créés il y a plus de 20 ans, et 5 % il y a moins de 5 ans.

➤ *Des capacités d'accueil inégales entre CAT et ateliers protégés...*

Près de cinquante ans après leur création, on constate une inégale capacité d'accueil entre les CAT et les ateliers protégés. Le 31 décembre 2001, 113 302 handicapés occupaient un emploi en milieu de travail protégé. En 1999, ils étaient 105 538, chiffre assez proche de l'évaluation obtenue cette même année par l'enquête HID (96 162). Le nombre de places n'a pas cessé de croître en 8 ans, mais sur un rythme plus rapide pour les ateliers protégés. Cela s'explique dans la mesure où, sur la période, le nombre d'ateliers protégés créés a évolué 4 fois plus vite que celui des CAT. Entre 1997 (date de l'avant-dernière en-

⁴⁴ On compte à cette date une trentaine de Centres d'aide par le travail et une vingtaine d'ateliers protégés qui employaient respectivement 1 500 et 1 000 travailleurs handicapés, D. Velche, 1991, *op. cit.*, p. 37-50.

⁴⁵ M.-C. Villeval, 1984, *op. cit.*, p. 48.

⁴⁶ *Ibid.*, M.-C. Villeval, 1984, 49.

⁴⁷ D. Velche, « Une spécificité française, le milieu de travail protégé » in *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, Paris, Desclée de Brouwer, Handicaps, 1998, p. 228.

⁴⁸ Source DREES au 1/1/1998.

⁴⁹ AGEFIPH, *Atlas national 2005*, *op. cit.*

quête ES) et 2001, le nombre de CAT a augmenté de 8 % et celui des personnes accueillies de 11 % ; de même, le nombre d'ateliers protégés a progressé de 13 % et leur personnel salarié handicapé de 3 %⁵⁰. Les CAT restent cependant, dans leur totalité, un plus gros employeur que les ateliers protégés avec environ six fois plus de handicapés au travail que dans l'ensemble des ateliers protégés.

Evolution du nombre d'établissements du travail protégé et de leurs effectifs⁵¹

	1963	1970	1975	1980	1983	1993	1998	2002*
Centres d'aide par le travail								
Nombre	31	173	446	563	800		1 137	
Effectif employé	1 585	7 000	27 600	40 000	53 000		89 500	98 000
Ateliers protégés								
Nombre	19	21	45	99	120	405		
Effectif employé	1 025	-	2 500	4 803	5 000	12 487		17 000

Sources : ministère du Travail et de la Santé - Pour les années 1983 - 1998 Source DREES au 1/1/1998. Pour 2002 Les chiffres clés du handicap en France (les données correspondent au nombre de places et non l'effectif employé)*

➤ ... de même qu'une répartition territoriale inégale

Si l'on constate un déséquilibre entre le nombre de CAT et ateliers protégés, on le constate aussi quant à leur répartition au niveau territorial : si certaines régions sont sous équipées par rapport à la moyenne nationale (Champagne-Ardenne, Île-de-France, PACA et Corse), d'autres ont un équipement supérieur à la moyenne (Bretagne, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes). En 1980, la majorité des départements dispose de 8 à 18 places en CAT pour 1 000 habitants (de 20 à 64 ans) mais tous ne possèdent pas d'atelier protégé⁵². En 2001, le taux d'équipement en places de CAT pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans varie de 1 à 3 d'une région à l'autre, DOM compris. En 2001, le taux d'équipement en ateliers protégés varie de 1 à 14 d'une région à l'autre, non compris les régions sans aucun établissement. Hormis les DOM et la Corse, exclus de l'analyse car n'ayant aucun atelier protégé sur leur territoire, la moitié Sud de la France est sous dotée de même que l'Île-de-France, la

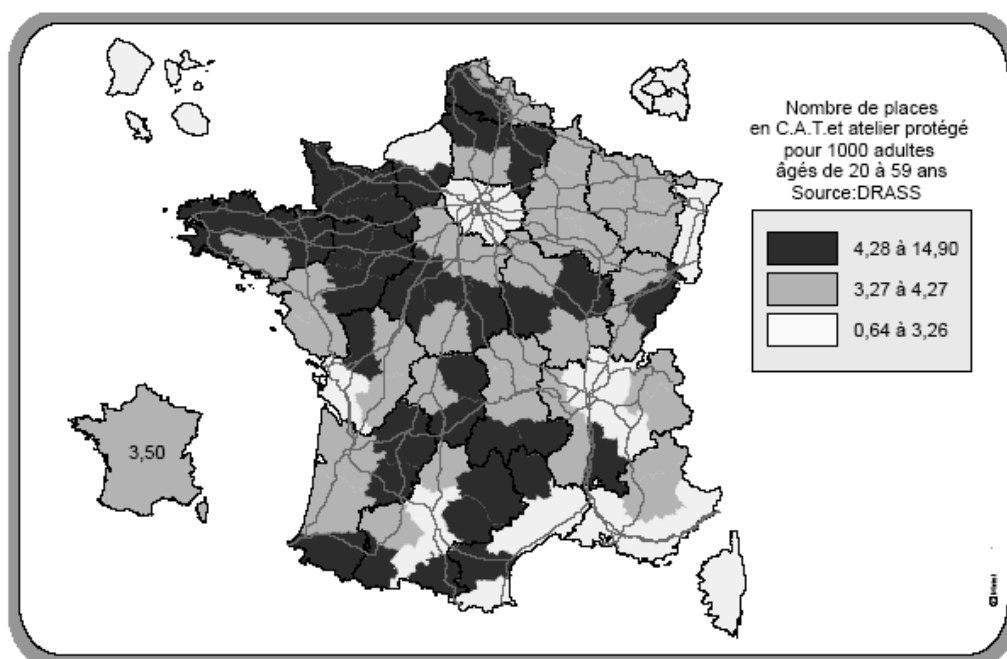
⁵⁰ S. Vanavermeir, « Les établissements pour adultes handicapés au 31 décembre 2001 », DREES, Enquête ES 2001 et DREES, Collection Études et Résultats N° 308 de mai 2004.

⁵¹ M.-C. Villeval, 1984, *op. cit.* L'auteur signale déjà le manque de cohérence des données statistiques, certaines émanant d'associations gestionnaires, d'autres des DRASS et DDASS, ou bien encore de l'ONISEP, et au final, certaines données divergent. La construction de ce tableau s'appuie sur différentes sources pour couvrir les décennies récentes (1990-2002).

⁵² *Ibid.*, M.-C. Villeval, 1984, *op. cit.*, p. 48.

Basse Normandie et la Champagne-Ardenne. Il n'y a pas de lien non plus avec le nombre de handicapés demandeurs d'emploi de catégorie 1 de la région⁵³. Ces différences s'expliquent par le rôle important du secteur privé dans la mise en place de ces centres. Les associations de personnes handicapées (et plus précisément d'enfants handicapés) ont préféré promouvoir les CAT : près de 80 % d'entre eux sont gérés par des parents d'enfants handicapés qui ont trouvé, grâce à ce dispositif, la possibilité d'offrir à leurs enfants une alternative à l'inactivité. Leur répartition territoriale donne une lecture de l'engagement associatif différencié selon les régions. Ainsi, le nombre de places en CAT et en atelier protégé n'est lié ni à la démographie ni au nombre de demandeurs d'emploi handicapés de la région. Ceci peut expliquer pourquoi 23% des handicapés travaillent hors de leur département dont 13% dans un département non limitrophe⁵⁴.

Taux d'équipement en structures protégées au 01/01/2001



⁵³ AGEFIPH, *Atlas national 2005*, *op. cit.*

⁵⁴ S. Vanavermeir, *op. cit.*, 2004.

➤ ... *Qui induit des trajectoires d'insertion particulières*

Ces inégalités territoriales ont pour conséquence d'induire les orientations des CO-TOREP : « s'il n'existe pas d'atelier protégé dans le département, on oriente en centre d'aide par le travail, alors que la personne n'est pas faite pour y aller, mais pour un atelier protégé. Elle ne se porte jamais candidate pour entrer dans un centre d'aide par le travail. D'autres sont à la limite entre l'atelier protégé et le milieu ordinaire, vers lequel elles sont orientées. Comme il n'y a pas d'atelier protégé, elles sont en échec d'insertion par manque de soutien et en raison d'une crise de l'emploi. »⁵⁵ L'inégalité territoriale se traduit au final par une inégalité des chances pour les personnes handicapées d'être orientées vers un établissement adapté à leur aptitude.

L'encouragement de l'État à l'insertion professionnelle par le biais du milieu protégé se manifeste, à travers l'évolution des crédits. Les postes *travail protégé* et *garantie de ressource*⁵⁶ (ce dernier étant inexistant avant 1978) sont les plus importants en 1982 et ont connu une hausse spectaculaire⁵⁷. La promotion du milieu protégé par l'État peut s'expliquer en partie par les revendications de certaines associations et le comportement des entreprises vis-à-vis de cette main-d'œuvre. Pour les premières il s'agit de trouver un espace permettant à des adultes handicapés de bénéficier de possibilités de socialisation par le travail sans pour autant être soumis à l'incertitude du marché du travail (cette incertitude est cependant présente pour les personnes travaillant en atelier protégé) ; pour les secondes, il s'agit de recruter les éléments les plus performants au regard de la concurrence économique.

7.2.2 Les conditions de la transition pour les chômeurs de longue durée

Comme on l'a vu, l'utilisation dans le cadre de la politique de l'emploi de contrats aidés dans le secteur non marchand à partir du milieu des années 1980, se réalise par la mobilisation de deux registres d'argumentation, « chacun d'entre eux correspondant à l'un des deux objectifs majeurs de la politique de l'emploi : assurer une action contre-sélective sur les marchés du travail en faveur des personnes connaissant les plus grosses difficultés d'emploi, permettre un 'enrichissement de la croissance en emplois' aboutissant à une création d'emplois dans l'économie, supérieure à ce qu'elle aurait été sans l'action publique. »⁵⁸ Si, avec la première mesure d'importance (les TUC), les pouvoirs publics ont

⁵⁵ P. Forgues, 2000, *op. cit.*, intervention de M. Joseph Fricot administrateur bénévole de l'Association des paralysés de France, APF.

⁵⁶ La garantie de ressource se substitue à certaines allocations, il s'agit en partie d'un transfert de charges et non d'une création nette. Entre 1995 et 2000, la garantie de ressource a connu une croissance de l'ordre de 25 %.

⁵⁷ M.-C. Villeval, 1984, *op. cit.*, p. 51.

⁵⁸ B. Simonin, 2002, *op. cit.*, p. 25.

cherché à s'appuyer simultanément sur ces deux registres, ils ont choisi par la suite de les distinguer nettement. L'objectif de contre sélectivité a été assigné aux CES et aux CEC, celui de création nette d'emplois l'a été aux programmes de solvabilisation de la demande de services de proximité par les ménages et au programme « nouveaux services, emplois-jeunes » (il n'est pas fait ici référence à l'évaluation de ce dernier dispositif). Comparés aux salariés en CES et en CEC, les jeunes recrutés au titre du programme n'ont guère de points communs. Ils sont, bien sûr, beaucoup plus jeunes mais ils ont aussi un niveau de formation beaucoup plus élevé et n'ont pas les mêmes difficultés d'insertion professionnelle⁵⁹.

L'efficacité d'un dispositif de politique de l'emploi est traditionnellement appréciée à partir de la situation professionnelle à laquelle accèdent les bénéficiaires une fois sortis du dispositif. On peut donc se demander dans quelle mesure, les CES et les CEC ont contribué à l'insertion professionnelle en milieu marchand des publics qui sont passés par ces dispositifs. Les enquêtes disponibles montrent que le CES et les CEC n'ont pas (en moyenne) d'effet majeur sur les chances de retour à l'emploi, globalement ils ont mal répondu à la fonction principale de sas vers l'emploi ordinaire qui leur était assignée⁶⁰.

➤ *Un public fragilisé qui espère rester en « milieu abrité »*

En fonction des priorités gouvernementales, le public accueilli dans ces mesures s'est modifié sensiblement au cours du temps : le CES doit tout d'abord bénéficier aux plus de 25 ans et en particulier à ceux qui sont particulièrement menacés d'exclusion professionnelle et/ou sociale.

Les CES et les CEC ont été essentiellement utilisés pour apporter une solution provisoire aux demandeurs d'emploi les plus en difficulté. L'insertion dans l'une de ces mesures a eu pour effet d'assurer aux bénéficiaires une amélioration immédiate de leurs conditions de vie : « dans la grande majorité des cas, la décision d'accepter un contrat aidé de ce type est prise faute d'autres possibilités d'emploi. Elle répond non seulement à des finalités professionnelles, mais aussi à des besoins financiers urgents et, très souvent, à des motivations psychologiques fortes. Bon nombre de personnes qui ont intégré l'idée qu'elles n'ont pas vraiment leur place sur le marché du travail compte tenu des exigences actuelles des employeurs veulent ainsi rompre l'isolement et la perte d'estime de soi provoqués par le chômage. »⁶¹ Ainsi, les CES et les CEC restent pour beaucoup un point de passage obligé après une longue période de chômage et un moyen de sortir, au moins provisoirement, de la dépendance des minima sociaux.

⁵⁹ Pour plus d'informations sur ce dispositif se référer à Y. Robineau, 2002. *op. cit.*

⁶⁰ *Ibid.*, Y. Robineau, 2002, p. 33.

⁶¹ *Ibid.*, Y. Robineau, 2002, p. 33.

Comme dans le cas des personnes handicapées insérées en milieu protégé, les bénéficiaires de ces mesures considèrent le maintien dans l'organisme comme un objectif : bien plus encore qu'en CES, les salariés en CEC considèrent que l'accès à ce contrat aidé augmente leurs chances de rester ensuite dans l'organisme (76 %) ⁶². Ainsi, pour les chômeurs de longue durée en difficulté « le CEC devient l'aboutissement d'un CES réussi et l'accès à ce contrat long affermit l'espoir de rester définitivement dans l'organisme, au détriment des actions de préparation à un autre emploi et avec le risque de renvoyer ultérieurement la personne sur le marché du travail dans une position très fragile si l'intégration ne se réalise pas. » ⁶³ Mais, à l'inverse de la situation des personnes handicapées cette attente s'avère dans bien des cas illusoire. En effet, les enquêtes menées ⁶⁴ montrent que de nombreux employeurs qui ont recruté en CEC ne considéraient pas s'engager pour une durée de cinq ans, ils ont géré la mesure comme un contrat à durée déterminée d'un an renouvelable au plus quatre fois.

➤ *Des mesures qui ne garantissent pas la stabilité en emploi*

Alors que le milieu protégé des personnes handicapées leur est exclusivement dédié et que l'on observe une grande stabilité des « salariés » dans l'entreprise, on ne peut pas en dire autant des chômeurs de longue durée en CES. Cette situation semble avoir deux causes principales : l'attitudes des employeurs et une mise en œuvre des mesures minorant l'individualisation du suivi.

Les enquêtes montre que les employeurs utilisent cette mesure en fonction de leurs besoins de services et aussi pour remédier à des déficits en personnels qu'ils estiment structurels. Cette logique gestionnaire a souvent pour effet de reléguer « au second plan pour l'employeur le souci de proposer aux salariés des contenus de travail et des actions susceptibles de favoriser leur retour à l'emploi dans un autre organisme (définition du poste en fonction des besoins de la personne, accompagnement, formation, validation des acquis, aide à la recherche d'emploi, etc.) » ⁶⁵ Il faut cependant nuancer cette tendance en fonction du type d'employeurs ⁶⁶. Ainsi, les collectivités locales qui privilégient plutôt le CEC « balancent » entre une logique sociale et une logique de gestion. La logique sociale

⁶² *Ibid.*, Y. Robineau, 2002, p. 246.

⁶³ *Ibid.*, Y. Robineau, 2002, p. 34-35.

⁶⁴ B. Gomel, Centre d'études de l'emploi : « L'importance du non renouvellement des conventions CEC », Note à la DARES, 1996 ; J. Bardaji et F. Piot : « Le devenir des personnes sorties par anticipation d'un contrat emploi consolidé », DARES, Premières Synthèses, 99.04, n° 13.1, cité par Y. Robineau, 2002, *op. cit.*, p. 246.

⁶⁵ *Ibid.*, Y. Robineau, 2002, p. 35.

⁶⁶ B. Simonin, « L'usage des emplois aidés par les employeurs du secteur non marchand : logiques sociales, logiques de gestion », DARES, Premières informations et Premières synthèses, Février 2003 - N° 06.2. http://www.travail.gouv.fr/etudes/etudes_h.html

peut conduire à « un volume important de contrats aidés, la commune ayant un rôle de régulation conjoncturelle du niveau de chômage, notamment dans les bassins d'emploi sinistrés. Il y a alors rotation des personnes en CES sur des postes d'insertion. Mais la logique sociale peut aussi se traduire par un faible volume de contrats, la collectivité choisissant de réinsérer durablement quelques bénéficiaires en fonction de ses possibilités (financières, postes...). Le recrutement en CES est alors suivi d'un passage en CEC puis d'une intégration. »⁶⁷ La logique de gestion est dominante dans les établissements publics de santé et dans les établissements scolaires. Quant aux associations, leurs positions sont diversifiées et se distribuent entre logique sociale et logique de gestion.

Par ailleurs, la mise en œuvre de ces mesures, malgré le mouvement de territorialisation des actions n'a pas conduit « à ce qu'à la logique traditionnelle de gestion 'mesure par mesure' se substitue une logique de construction d'une offre individuelle de services adaptés aux besoins d'insertion. »⁶⁸ La dimension quantitative du nombre de contrats n'a pas pu donner lieu à un suivi suffisant et la mise en place de véritables parcours individualisés d'insertion.

➤ *Une absence de valorisation de ce dispositif qui nuit à l'insertion en milieu marchand des chômeurs de longue durée*

L'absence de valorisation du CES par les principaux financeurs du dispositif (services de l'État) a contribué à l'absence de reconnaissance de l'activité professionnelle réalisée et les compétences acquises par les bénéficiaires. La sortie du CES constitue « un moment extrêmement délicat : l'absence fréquente de toute reconnaissance des acquis professionnels et la stigmatisation, liée au passage dans cette mesure aux yeux des autres employeurs, se combinent pour rendre la recherche d'un autre emploi difficile. »⁶⁹ Ainsi, comme dans le cas du milieu protégé mis en place pour les personnes handicapées, l'utilisation du secteur non marchand comme mode transitoire devant permettre le retour à l'emploi dans le secteur marchand pour les chômeurs de longue durée ne résout d'aucune façon la question de l'employabilité. Ce constat a conduit à transformer progressivement la justification par l'utilité sociale, pour les CES et pour les CEC, par une justification de l'utilité de ces mesures pour l'insertion sociale et professionnelle des salariés en contrat aidé⁷⁰.

⁶⁷ *Ibid.*, B. Simonin, 2003, p. 5.

⁶⁸ Y. Robineau, 2002, *op. cit.*, p. 35.

⁶⁹ B. Simonin, 2002, *op. cit.*, p. 15.

⁷⁰ *Ibid.*, B. Simonin, 2002, p. 25. Pour une analyse très détaillée de l'évolution du contenu des circulaires relatives à ces mesures de 1990 à 2000 il renvoie au rapport d'Y. Robineau, 2002. *op. cit.*, p. 95-102.

➤ *Une situation à l'issue du contrat différente selon le profil des bénéficiaires...*

L'effet du CES sur la durée du chômage et sur la sortie du marché du travail est contrasté suivant le genre et l'âge. Ainsi, pour les jeunes, « un passage en CES ou en SIFE [stage d'insertion et de formation à l'emploi⁷¹] modifie peu la sélectivité du marché du travail. Les populations les plus fragiles bénéficient peu d'une aide au retour vers l'emploi. »⁷² En ce qui concerne les adultes, le passage en CEC se traduit pour une petite partie des bénéficiaires par des taux de retour à l'emploi satisfaisants à l'issue du contrat. Toutefois, pour ces derniers, l'accès à l'emploi ordinaire survient en moyenne après une période particulièrement longue en contrat aidé (CES + CEC). Mais, pour la majorité des publics en grande difficulté, les résultats en terme d'insertion sont moins marqués.

Les évaluations faites du dispositif des CES montre que pour les premières vagues de CEC, les non renouvellements de convention dues à des décisions unilatérales de l'employeur ne garantissant aucune solution au salarié se distribuent de la façon suivante : décision de ne pas renouveler le contrat à cause du comportement du salarié (21 %), difficultés financières de l'organisme (18 %). De même, les départs provoqués par l'insatisfaction du salarié à l'égard de son CEC (13 %) ne signifiaient pas que celui-ci avait d'autres perspectives d'emploi. Toutefois, une fois sur deux le départ de l'organisme ne devait pas se traduire par un retour au chômage : il était lié à une cessation d'activité (25 %), au recrutement sur un autre emploi (17 %), à l'obtention d'un autre contrat aidé ou d'une formation (6 %). Une analyse plus fine du devenir professionnel des personnes suppose toutefois de séparer les trois sous-populations interrogées : les personnes qui ont passé cinq ans en CEC et ne pouvaient rester sur ce contrat ; celles pour lesquelles un renouvellement possible au bout d'une période annuelle n'a pas été réalisé ; celles pour lesquelles il y a eu rupture du contrat en cours d'année⁷³.

Enfin, il faut noter qu'un certain nombre de bénéficiaires ont accédé plusieurs fois à la mesure CES. Une analyse des récurrences en CES montre que 76 % des bénéficiaires ne sont passés qu'une fois en CES sur l'ensemble de la période, 17 % y sont passés deux fois, 4,7 % trois fois (soit plus de 130 000 personnes) et 1,6 % 4 fois ou plus (soit 46 000 personnes). Le passage au moins quatre fois en CES est le signe d'une difficulté considérable

⁷¹ Les dispositions du code du travail relatives aux stages d'insertion et de formation à l'emploi (SIFE) et aux stages d'accès à l'entreprise (SAE) ont été abrogées par la loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale. Celle-ci a en effet regroupé les différents dispositifs destinés à favoriser l'insertion professionnelle des personnes les plus éloignées de l'emploi dans le secteur privé (SIFE, SAE et contrat initiative-emploi) en un seul et unique contrat, le contrat initiative-emploi (CIE).

⁷² C. Barailler (GREQAM) : « Effets sur les trajectoires des chômeurs [jeunes] d'un passage dans deux dispositifs de politique de l'emploi (CES-SIFE) », rapport pour la DARES, 1999. L'auteur a utilisé une méthode économétrique dite « de comparaison de moyennes » pour corriger les biais dans les comparaisons introduits par le fait que la décision d'entrer ou non dans une mesure est influencée par des variables inobservables dans les fichiers disponibles. Cité par Y. Robineau, 2002. *op. cit.*, p. 234.

⁷³ Y. Robineau, 2002. *op. cit.*, p. 248.

à sortir de la sphère de l'insertion, d'autant que les durées moyennes qui s'écoulent pour ces personnes entre deux CES (un peu plus d'un an) avec des périodes en CES d'environ 9 mois, semblent indiquer un processus où, après un passage en CES, la personne attend de rentrer à nouveau dans la catégorie des chômeurs de longue durée pour postuler à nouveau à un CES⁷⁴.

7.2.3 Le souhait affiché d'un continuum d'insertion qui s'avère peu opérant pour les travailleurs handicapés et les chômeurs de longue durée

➤ *Le souhait affiché d'un continuum d'insertion qui s'avère inopérant*

Le modèle français d'insertion professionnelle des personnes handicapées se caractérise par une dualité des types d'établissements constituant le travail protégé. Ce modèle correspond à la situation dans laquelle deux types de structures sont nettement différenciées sous l'angle de la reconnaissance des relations de travail⁷⁵. La question des possibilités de passage d'une structure à l'autre apparaît alors comme déterminante dans la considération de ce modèle mixte. Ce système dual est porteur d'une représentation de l'insertion comme un continuum dans lequel la possibilité d'un passage entre les différents types de structures est envisageable. L'expérience montre cependant que les personnes les plus éloignées du milieu ordinaire ont tendance à se « fixer » dans ces établissements.

Dans le schéma théorique sous-tendant la loi du 30 juin 1975 le milieu protégé ne devait constituer qu'une étape dans un parcours vers l'autonomie professionnelle, mais après plus de 50 ans d'existence, force est de constater la quasi-absence de mobilité professionnelle des ces actifs des CAT vers les ateliers protégés ou le milieu ordinaire de travail : « Il arrive fréquemment que les centres d'aide par le travail ou ateliers protégés soient des fins en soi plutôt que des sas. En d'autres termes, une fois la personne entrée dans l'atelier protégé ou dans le centre d'aide par le travail, plus personne ne s'occupe de l'en faire sortir, hors cas très spécifiques qui tiennent souvent à des rencontres entre un patron de centre d'aide par le travail et un conseiller de l'ANPE qui ont décidé de s'investir. Cette alchimie un peu particulière doit se faire jour pour que cela se passe. Or, c'est chose trop rare. »⁷⁶

⁷⁴ Y. Robineau, 2002, *op. cit.*, p. 254.

⁷⁵ Selon l'établissement protégé dans lequel travaille une personne handicapée, elle bénéficie ou non du statut de salarié, relève de la législation du travail ou bien, au contraire, de la législation médico-sociale.

⁷⁶ P. Forgues, 2000, *op. cit.*

Entre 1994 et 1999, le nombre de travailleurs handicapés sortis de CAT vers un atelier protégé ou en milieu ordinaire n'a pas dépassé 1 %. Ce taux est de 0,4 % vers le milieu ordinaire et de 0,2 % vers les ateliers protégés. Ces taux correspondent respectivement à 7,9 % et 4,5 % de la totalité des sorties.

Chiffres clés 2001	
<i>Source : Atlas national 2005 sur l'emploi des personnes handicapées</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 96 651 handicapés occupaient un emploi dans un des 1 419 CAT fin 2001 ▪ 16 651 handicapés étaient salariés d'un des 468 ateliers protégés fin 2001 ▪ 99,4 % : taux d'occupation des établissements de travail protégé fin 2001 ▪ 59,8 % des handicapés travaillant en milieu protégé souffrent de déficiences intellectuelles ▪ 61 % d'hommes et seulement 9,3% de handicapé(e)s âgé(e)s de 50 ans ou plus ▪ 1,8 % des effectifs sont sortis de l'établissement en 2001, dont 29,5% pour un emploi ▪ 51 % des sorties de CAT et 28% des sorties d'AP correspondent à des arrêts d'activité 	

La proportion de travailleurs handicapés âgés de moins de 25 ans est positivement corrélée avec la proportion de sorties vers le milieu ordinaire et vers les ateliers protégés, ce qui n'est pas le cas pour les autres tranches d'âge⁷⁷. Ainsi, si 4,9 % des travailleurs handicapés ont quitté leur CAT d'origine (taux stable qui n'a varié en 5 ans que dans une fourchette de 4,6 à 5 %), les sorties s'effectuent principalement vers les familles (19,8 %) et vers d'autres CAT (17,3 %). Par ailleurs, 8,7 % des sorties de CAT l'ont été vers un hôpital ou un secteur psychiatrique. Cette répartition est stable dans le temps, mais très variable géographiquement. La part importante de l'item « autres » (17,4 % des sorties) témoigne de la difficulté à connaître la situation de la personne handicapée à sa sortie du CAT, notamment lors d'un déménagement, d'un départ en retraite, etc. Il faut noter qu'aucun travailleur handicapé n'est sorti dans 14 % des CAT. La comparaison des deux dernières enquêtes ES montre que la durée de séjour s'allonge dans tous les types d'établissement, y compris médico-sociaux. Notamment, la part des séjours supérieurs à 20 ans passe de 9 % à 18 % en CAT (quasi stable, à 4/5 %, en atelier protégé). La rotation du personnel est nettement plus rapide en atelier protégé avec 24 % de personnes handicapées embauchées depuis moins d'un an et 61 % depuis moins de 6 ans (respectivement 12 % et 32 % en CAT)⁷⁸.

⁷⁷ Tableau de bord des centres d'aide par le travail, exercice 1999, Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de l'action sociale, INFODGAS n°74 - octobre 2003, p. 26.

⁷⁸ AGEFIPH, *Atlas national 2005, op. cit.*

Près de 53 % des CAT accueillent en majorité des travailleurs handicapés souffrant du même handicap. La répartition par type de déficience principale est relativement stable ; les déficiences intellectuelles sont toujours prédominantes à 72 % (retard mental léger : 23 % ; retard mental moyen : 38 % ; retard mental profond et sévère : 11 %). Ces formes de handicap nécessitent un encadrement particulier voire des soutiens importants (surveillance, sollicitation)⁷⁹. Les personnes handicapées insérées en milieu protégé ont en commun d'être très peu diplômées et qualifiées : 70 % des personnes du milieu protégé sont non diplômées, contre 29 % pour le total des handicapés en emploi, et 15 % pour l'ensemble des actifs⁸⁰.

Les sorties pour formation ou stage sont rares dans les deux cas, ce qui implique une faible chance de consolider leur expérience professionnelle par l'acquisition d'une qualification ou même par la validation des acquis de l'expérience. La rotation plus rapide du personnel dans les ateliers protégés explique les fortes parts de sorties en « attente de placement en atelier protégé ou CAT » : licenciés ou en fin de contrat, ils espèrent être réemployés dans le même type d'établissement, voire réembauchés par leur atelier protégé.

Structure	Présents au 31/12	Entrées en 2001	Sorties en 2001	Taux de sortie	Taux de rotation	Orientations Cotorep en 2001
CAT	96 651	6 345	4 559	4,72%	11,28%	16 178
Atelier protégé	16 651	1 830	1 572	9,44%	20,43%	7 431
Ensemble	113 302	8 175	6 131	5,41%	12,63%	23 609

Source : Atlas national 2005 sur l'emploi et l'insertion des personnes handicapées

Au final, l'accès au milieu ordinaire ou à un atelier protégé reste très difficile pour les travailleurs handicapés employés en CAT ; un tiers des travailleurs handicapés sont dans le même CAT depuis 15 ans ou plus, et une sortie sur cinq est un retour en famille. Au regard des ambitions posées par la loi, l'absence de transition constitue un échec. Plusieurs éléments permettent de comprendre ce résultat : d'une part le souhait des personnes handicapées et de leur entourage de rester dans un milieu plus protecteur (en milieu protégé-

⁷⁹ Selon le guide-barème, pour les déficiences intellectuelles, lorsque la personne est en mesure d'acquérir des aptitudes pratiques de la vie courante, son insertion est possible en milieu ordinaire mais sa personnalité est fragile, instable, en situation de précarisation permanente, nécessitant un soutien approprié, il s'agit d'une personne ayant un retard mental léger. Cette nécessité se traduit par un taux global d'encadrement théorique de 0,196, soit un encadrant pour 5,1 travailleurs handicapés. Ce taux d'encadrement varie selon le type de déficience majoritaire accueillie (il est plus important pour des personnes infirme moteur cérébrale, autistes ou schizophrènes) et la taille de l'établissement.

⁸⁰ M. Amar et S. Amira, « Incapacités, reconnaissance administrative du handicap et accès à l'emploi : les apports de l'enquête HID », *Revue française des Affaires sociales*, La Documentation française, janvier-juin 2003.

gé des problèmes comme le logement, les transports, les loisirs, l'accompagnement social, etc. sont gérés) plutôt que de tenter d'intégrer le milieu ordinaire de production, lieu de forte incertitude où la concurrence sur le marché du travail est très sélective. La difficulté à réintégrer le milieu protégé en cas d'échec d'insertion en milieu ordinaire vient renforcer cette position. D'autre part, les établissements protégés ont tout intérêt à retenir les personnes handicapées les plus productives, c'est-à-dire celles les plus à même de quitter le milieu protégé. La pérennisation de l'emploi en milieu protégé limite l'accès aux personnes orientées vers ces structures par les COTOREP : la stabilité crée aussi des listes d'attente. La création d'emplois en atelier protégé et l'augmentation des capacités d'accueil en CAT ne suffisent pas à compenser les orientations en milieu protégé prononcées par les COTOREP. L'idée d'une transition vers l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail qui a présidé à la création des CAT et des ateliers protégés ne s'est pas concrétisée. Dans les faits, le CAT et l'atelier protégé sont davantage des lieux d'activité professionnelle durable pour les travailleurs handicapés qui y sont orientés et ne constituent que dans de rares cas une transition vers le milieu ordinaire de travail.

➤ *Pouvant aller jusqu'à une inversion du continuum d'insertion pour les chômeurs de longue durée*

L'augmentation du chômage de longue durée et des situations d'exclusion a eu une répercussion sur les orientations en milieu protégé de travailleurs n'ayant pas a priori le profil adéquat : « nous constatons dans nos établissements, en particulier ces dernières années, une situation qui est la conséquence d'une offre insuffisante en matière de prise en charge de personnes pour qui le handicap social est dominant. Nos établissements, notamment les établissements de travail protégé, voient de plus en plus arriver ce qu'il faut appeler des erreurs d'orientation de personnes qui ont été orientées vers des centres d'aide par le travail sur des critères de handicap social. »⁸¹ Ces orientations s'inscrivent dans le cadre d'une pénurie de l'offre en matière de structures sociales pour accueillir les personnes souffrant d'un handicap social qui, faute de mieux, sont orientées vers des structures jusqu'à présent réservées au handicap mental. Le mélange des genres génère des tensions : « il contribue à déstabiliser des personnes qui, pour l'essentiel, ont un handicap social et il déstabilise celles qui ont un handicap mental. La cohabitation se fait au détriment de tous. »⁸²

Ainsi, parmi les demandeurs d'emploi en passe d'exclusion un certain nombre de chômeurs de plus de 50 ans est dirigé vers le milieu protégé : « De nombreux candidats à l'admission dans des centres d'aide par le travail ont travaillé quinze ou vingt ans en entre-

⁸¹ P. Forgues, « Rapport d'information n° 2542 sur le fonctionnement des COTOREP », Assemblée nationale, 12 juillet 2000. Intervention de Philippe Calmette directeur général du Syndicat national des associations de parents d'enfants handicapés, SNAPEI. http://www.assemblee-nat.fr/rap-info/P131_8974

⁸² *Ibid.*, P. Forgues, 2002.

prise et, du fait de l'évolution du type d'emploi dans les entreprises, se trouvent sans emploi. Il existe des exemples d'assistantes sociales et d'entreprises qui aident à la constitution d'un dossier COTOREP, mais des personnes qui se sont retrouvées en chômage longue durée, voire en situation de SDF, arrivent à raccrocher, via la COTOREP, pour une admission en centre d'aide par le travail. »⁸³

Ces « transfuges » sont généralement des bénéficiaires du RMI, dont des travailleurs handicapés bénéficiaires du RMI. La comparaison des deux définitions faites pour identifier les publics qui relèvent de l'un et l'autre dispositif permet de mieux comprendre ce « glissement » d'un statut vers un autre.

Loi du 10 novembre 1957	Loi du 1 ^{er} décembre 1998
« est considéré comme travailleur handicapé pour bénéficier de la présente loi, toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales » ⁸⁴ .	« toute personne qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation de l'économie et de l'emploi, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

C'est en jouant sur la dimension physique et/ou mentale que le glissement peut se réaliser. Si l'on reprend les conditions qui permettent d'identifier les candidats potentiels à l'un ou l'autre des dispositifs, on remarque que dans les deux cas l'état physique ou mental sont invoqués comme une entrave dans l'accès à l'emploi. Ce glissement s'effectue dans le temps, la situation de certains bénéficiaires du RMI peut se traduire par une accumulation de handicaps (en particulier d'ordres psychologiques : dépression, désocialisation, etc.) ce qui conduit à une remise en cause, par la commission locale d'insertion (CLI), de leur aptitude à pouvoir s'insérer professionnellement. La définition du travailleur handicapé ne se référant pas à la situation économique, il est alors possible de constituer un dossier COTOREP en faisant apparaître la dégradation psychologique de l'état de la personne chômeur longue durée.

⁸³ *Ibid.*, P Forgues, 2002. Intervention de M. Yves Touzé, directeur du centre d'aide par le travail *La Cardon* de Palaiseau, , Essonne (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux, UNIOFSS).

⁸⁴ Article 1^{er} de la loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés.

Le rapport P. Forgues souligne ce qui peut être considéré comme une dérive⁸⁵ :

Les dossiers indûment soumis aux commissions parce qu'en amont, une personne ou un organisme a suggéré, faute d'autre solution d'insertion ou en cédant à la facilité, le dépôt d'une demande d'AAH. Or, compte tenu de leur composition et de leur rôle, les COTOREP sont désarmées face à cette évolution, corroborée par le fait que 42 % des demandes d'AAH sont fondées sur un motif tenant aux « déficiences intellectuelles ou troubles du psychisme ou du comportement ». En outre, comme l'a fort bien souligné M. Pierre Lubek, inspecteur général des finances, devant la Mission, « l'impossibilité de se procurer un emploi » permettant d'attribuer l'AAH pour un taux d'incapacité compris entre 50 et 80 % n'est pas partout interprétée de la même manière. En effet, avec l'évolution du marché du travail consécutive à la crise économique, il devient extrêmement difficile d'opérer la distinction entre le fait de ne pas pouvoir se procurer un emploi du fait du handicap, ce que voudrait la loi, et de ne pas pouvoir se procurer un emploi tout court. Dès lors, « on peut très bien affirmer qu'une personne se trouve, du fait de son handicap dans l'incapacité non pas théorique mais pratique de trouver un emploi », ce qui signifie que « les COTOREP, vraisemblablement, n'adoptent pas toutes la même vision et que peut-être certaines précisions des textes deviendraient nécessaires pour harmoniser les pratiques ».

En tout état de cause, les COTOREP ne sont pas du tout préparées à aborder correctement le 'handicap social', comme l'indiquait M. Patrick Segal, délégué interministériel aux personnes handicapées, devant la Mission : « Cette appellation qui, à mon sens, est fallacieuse, qui a trompé son monde et qui a contraint les COTOREP à faire un métier qui n'était pas le leur, c'est-à-dire à amalgamer, dans les COTOREP, des handicapés physiques, mentaux, sensoriels et polyhandicapés à ceux que l'on appelle des handicapés sociaux. A mon sens, c'est là une erreur sémantique, une erreur fonctionnelle. C'est ce qui a engorgé les COTOREP et c'est ce qui les a tuées. En outre, c'est ce qui fait que nous avons aujourd'hui un mélange des dossiers. [...] Aujourd'hui, il y a presque une forme de provocation à dire aux personnes handicapées physiques, mentales, sensorielles et polyhandicapées qu'elles sont amalgamées à des personnes qui sont dans le stress du chômage. Ce sont deux choses totalement séparées. Or, dans la mesure où un amalgame des deux a été fait, on a tué les COTOREP. »

Sans que cette situation soit courante, certains chômeurs de longue durée deviennent ainsi des personnes handicapées pour lesquelles la COTOREP a statué pour l'attribution de l'AAH. L'accumulation de nouveaux handicaps se traduisant par une forte désocialisation, l'orientation de chômeurs de longue durée vers les CAT est souvent l'unique solution pour mettre fin à une dégradation continue de situations découlant de l'absence d'emploi : non seulement le montant de l'AAH est supérieur à celui du RMI, mais l'emploi en CAT n'est pas soumis aux aléas de milieu ordinaire et constitue en cela une stabilité pour des personnes qui ont dû faire face pendant plusieurs années à l'incertitude de retrouver un emploi.

⁸⁵ P. Forgues, 2002, *op. cit.*, p. 20-21.

Enfin, pour ces exclus du travail, il devient paradoxalement plus facile de justifier socialement d'un statut de personne handicapée recevant l'AAH, qui est une reconnaissance légale à l'exonération de travailler, plutôt que de justifier celui de chômeur de longue durée.

Le transfert implicite du modèle de la transition professionnelle des travailleurs handicapés au traitement du chômage de longue durée va générer une zone de contact suffisamment forte entre le dispositif de droit commun et celui exclusivement réservé aux personnes handicapées pour que l'on assiste à la création d'un nouveau modèle de transition fonctionnant à l'inverse de celui souhaité par le législateur pour certains chômeurs de longue durée. La trajectoire d'insertion professionnelle dévie de son objectif initial pour aboutir hors de la sphère productive de façon définitive.

➤ *Les nouveaux contrats aidés*

La loi du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale a créé de nouveaux contrats destinés aux personnes rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi : contrat d'accompagnement dans l'emploi⁸⁶, contrats d'avenir⁸⁷ et profondément modifié des contrats déjà existants : contrat initiative emploi⁸⁸, contrat insertion-revenu minimum d'activité⁸⁹. Dans le même temps, cette loi a supprimé le dispositif des contrats

⁸⁶ Le contrat d'accompagnement dans l'emploi est un contrat de travail à durée déterminée, conclue pour une durée minimale de 6 mois, renouvelable deux fois dans la limite de 24 mois, sous réserve du renouvellement préalable de la convention passée entre l'employeur et l'Etat. L'embauche en contrat d'accompagnement dans l'emploi est réservée à certains employeurs : collectivités territoriales et leurs groupements (syndicats intercommunaux...), autres personnes morales de droit public, organismes de droit privé à but non lucratif, personnes morales de droit privé chargées de la gestion d'un service public, Les structures d'insertion par l'activité économique. Code du travail : articles L 322-4-7 et R. 322-16 à R. 322-16-3, Circulaire DGEFP n°2005 – 12 du 21 mars 2005 relative à la mise en œuvre du Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi.

⁸⁷ Les contrats d'avenir sont destinés à permettre le retour à l'emploi des personnes bénéficiant, depuis au moins 6 mois, du RMI, de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), de l'allocation de parent isolé (API) ou de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Ils ouvrent droit, pour les employeurs concernés à plusieurs avantages, sous réserve de respecter certaines formalités obligatoires. La personne embauchée bénéficie d'un contrat à durée déterminée de 2 ans (avec des possibilités de dérogation), à temps partiel et d'actions de formation et d'accompagnement. Elle perçoit un salaire calculé au minimum sur la base du SMIC et continue de percevoir son allocation (RMI, ASS, API ou AAH), diminuée en principe du montant de l'aide forfaitaire versée à l'employeur. Code du travail : articles L 322-4-10 à L. 322-4-13 et R. 322-17 à R. 322-17-3 et D. 322-23. Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale (JO du 27); Décret n° 2005-914 et n° 2005-916 du 2 août 2005 (JO du 3 août).

⁸⁸ Le contrat initiative emploi (CIE) a fait l'objet d'une profonde réforme dans le cadre de la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005. Destiné à permettre un retour rapide à l'emploi durable des personnes rencontrant des difficultés importantes d'accès à l'emploi, ce contrat ouvre droit, pour les employeurs concernés, à un certain nombre d'aides. Pour le bénéficiaire, un véritable contrat de travail à durée déterminée ou indéterminée assorti d'une rémunération au moins égale au SMIC et la possibilité de bénéficier d'actions de formation ou d'accompagnement spécifiques. Code du travail : Articles L. 322-8 et R. 322-16 à R. 322-16-3

⁸⁹ Ce contrat (CI-RMA) vise à faciliter l'insertion professionnelle des allocataires du RMI, de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), de l'allocation de parent isolé ou de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) qui rencontrent des difficultés particulières d'accès à l'emploi. La possibilité de conclure un CI-RMA est réservée aux employeurs du secteur privé assujettis au régime d'assurance chômage et aux employeurs de la pêche maritime. La personne embauchée bénéficie d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de travail temporaire, à temps partiel (20 h minimum par semaine) ou à temps plein, d'une durée de 6 mois minimum

emploi consolidé, ceux en cours continuant toutefois d'être soumis, jusqu'à leur terme (à noter que dans les DOM et à Saint-Pierre-et-Miquelon, des contrats emploi consolidé pourront être conclus jusqu'au 31 décembre 2005). Si certains de ces contrats s'inscrivent dans la logique des mesures d'insertion par le travail en secteur non marchand, il n'était pas possible d'y faire référence ici car leur mise en œuvre est trop récente. On peut cependant faire l'hypothèse, du fait des publics concernés et des employeurs visés, qu'un certain nombre de constats faits au sujet des CES et des CEC seront transférables à ces nouvelles mesures.

➤ *Les nouvelles propositions de gestion de la main-d'œuvre : les marchés transitionnels*

Sans entrer plus avant dans les détails on peut indiquer qu'à la fin des années 1990, le constat d'une augmentation des risques liés à l'emploi, et en particulier leur report sur le salarié, va s'accompagner de la recherche d'un nouveau modèle social européen. Le concept de « marchés transitionnels » introduit par G. Schmid⁹⁰ et repris en France par B. Gazier⁹¹, a pour objectif de proposer des aménagements au modèle de l'État providence dans un contexte de mondialisation.

En partant du constat selon lequel les marchés du travail sont de plus en plus sujets aux « risques internes » liés à certains choix individuels (nécessité de changer d'emploi, déménagement, etc.) et des « risques externes » (retournements à la baisse des cycles économiques, récessions, etc.) il propose une réorientation des politiques sociales vers la gestion des risques internes. Les marchés transitionnels sont une réponse aux différents flux du marché du travail qu'il s'agisse des entrées dans l'emploi ou des sorties de l'emploi. Il s'agit d'ouvrir la gestion des chômeurs au sens large (indemnisation et action de formation, placement, subventionnement) sur les multiples mobilités dans et hors de l'entreprise⁹². Selon cette approche, « ceci amène à combiner la logique de l'assurance avec celle des choix rationnels faits sur le cours de la vie (planification individuelle de carrière), et les prises de risque correspondantes. Il s'ensuit qu'il faut reconfigurer l'assurance chômage

renouvelable. L'employeur doit conclure avant l'embauche une convention avec l'ANPE ou le Conseil général et bénéficie, pour chaque contrat, d'une aide spécifique. Le bénéficiaire du CI-RMA perçoit de l'employeur, un revenu minimum d'activité, et continue de percevoir son allocation (RMI, ASS, API ou AAH) mais diminuée du montant de l'aide versée par le département à l'employeur. Code du travail : Art. L. 322-4-15 à L. 322-4-15-9, R. 322-15 à R.322-15-3 et Art. D. 322-22-1 à D. 322-22-11. Derniers textes publiés : Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale (JO du 27). Circulaire DGEFP n° 2005/14 du 24 mars 2005 relative à la mise en œuvre du Contrat Insertion - Revenu Minimum d'Activité (CI-RMA).

⁹⁰ G. Schmid, « Le plein -emploi est-il encore possible ? Les marchés du travail 'transitoires' en tant que nouvelle stratégie dans les politiques d'emploi », in Travail et Emploi, n°65, décembre, 1995.

⁹¹ B. Gazier, « Ce que sont les marchés transitionnels », in J.-C. Barbier et J. Gautié (eds), *Les politiques de l'emploi en Europe et aux Etats-Unis*, Presses Universitaires de France, 1998, p. 339-355.

⁹² B. Gazier, « Assurance chômage, employabilité et marchés transitionnels du travail », Université de Paris 1, Matisse, CNRS UMR 8595. Document téléchargeable sur : <http://matisse.univ-paris1.fr/doc2/mse903.pdf>

(AC) en y introduisant des éléments d'assurance mobilité (AM). Ajoutons la mise en œuvre effective des mesures des politiques actives de l'emploi (PAE), nous avons alors trois piliers qui permettent de construire un système coordonné d'assurance emploi (AE) »⁹³. Ce dispositif favorise le développement des marchés transitionnels du travail, qui peuvent être compris comme des arrangements institutionnels qui donnent aux personnes les moyens de transiter entre divers statuts d'emploi au cours de leur vie grâce à une série d'options de mobilité et d'employabilité qui renforcent les politiques du marché du travail.

Le concept de marché transitionnel du travail s'applique précisément à ces périodes au cours desquelles le temps de travail diverge par rapport à la norme. G. Schmidt en distingue cinq, auxquelles correspondent cinq formes de marché transitionnel du travail : transition entre chômage partiel ou travail à temps partiel et travail à temps plein, ou entre activité salariée et activité non salariée (travail indépendant) ou une combinaison de ces deux cas de figure ; transition entre chômage et emploi ; transition entre formation initiale ou continue et emploi ; transition entre activités domestiques/privées et emploi ; transition, enfin, entre emploi et retraite. Comme l'indique B. Gazier, les marchés transitionnels consistent en l'aménagement systématique et négocié des mobilités sur le marché du travail, dans les et hors des entreprises. Selon cette approche, « il s'agit, en complément des protections classiques dont bénéficient les travailleurs, dont on a vu qu'elles jouaient de moins en moins bien, de prendre acte des risques diversifiés et croissants auxquels ils sont de plus en plus exposés, en se focalisant sur les fluctuations/chocs qui en résultent pour eux dans et hors de l'entreprise. La démarche cherche à en neutraliser les conséquences par la sélection d'une série d'objets de négociations collectives, pour stimuler une attitude active de prise de risque raisonnable par les individus, et déboucher sur un processus de constitution de droits supplémentaires reconnus aux travailleurs et fonctionnant comme des amortisseurs. »⁹⁴ Ces objets de négociation supplémentaire sont les transitions.

⁹³ G. Schmid, « Une assurance emploi pour gérer les transitions critiques tout au long de la vie », *L'avenir du travail, de l'emploi et de la protection sociale: dynamique du changement et protection des travailleurs*, Symposium France/OIT 2002, p. 71.

⁹⁴ *Ibid.*, B. Gazier, « Assurance chômage, employabilité et marchés transitionnels du travail », p. 7.

8 LA RENOVATION DE LA POLITIQUE SPECIFIQUE EN FAVEUR DE L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES

8.1 LA LOI DU 10 JUILLET 1987 – LE CADRE LEGAL DE LA POLITIQUE D'EMPLOI SPECIFIQUE EN DIRECTION DES PERSONNES HANDICAPEES

Si l'accès aux dispositifs de droit commun est inscrit comme le mode privilégié pour gérer l'accès à l'emploi des personnes handicapées, la politique d'insertion en milieu ordinaire relève à la fin des années 1980 essentiellement d'une politique spécifique (loi du 27 novembre 1957 et loi du 30 juin 1975). Cependant, au cours de années 1980 la position des demandeurs d'emploi handicapés sur le marché s'étant considérablement dégradée, la recherche d'égalité des chances de ce public va donner lieu à la rénovation de l'obligation d'emploi des personnes handicapées. C'est dans un contexte de lutte contre le chômage de longue durée que se développe l'un des derniers volets de la politique d'égalisation des chances des personnes handicapées. Dans un contexte d'emploi difficile, la structure de l'emploi salarié a évolué vers une plus grande flexibilité (recours au travail à temps partiel, intérimaire, etc.) et les demandeurs d'emploi handicapés se retrouvent dans une situation de grande vulnérabilité. Selon le rapport présenté à l'Assemblée nationale lors des débats parlementaires relatifs à la loi du 10 juillet 1987, le nombre de personnes handicapées, tous niveaux de handicap et d'invalidité confondus, est évalué à quelques 1 200 000 personnes. À compter de 1987, la politique d'emploi des personnes handicapées va connaître de nouvelles inflexions à travers notamment la mise en place d'une obligation légale avec sanction financières allant dans un fonds utilisé pour soutenir l'emploi des personnes handicapées.

À partir de 1987, l'insertion des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de production va faire l'objet d'une loi qui constitue encore aujourd'hui la référence en matière d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. L'objectif de la loi du 10 juillet 1987 est clairement d'infléchir le processus d'insertion professionnel des personnes handicapées en milieu ordinaire de production, en rendant les conditions d'accès à l'emploi pour ce public plus favorables. L'amélioration de l'insertion des travailleurs handicapés en milieu ordinaire passe par la simplification du dispositif complexe d'obligation d'emploi des

personnes handicapées dans deux directions : clarification et allègement des obligations imposées aux entreprises¹. La loi du 10 juillet 1987 se substitue à une législation disparate (elle fusionne les obligations issues des législations précédentes²) et propose un quota unique aux entreprises dont elles peuvent s’acquitter partiellement ou totalement par différents moyens non exclusifs les uns des autres. La philosophie générale de la loi consiste, pour l’entreprise, à passer d’une obligation de procédure (déclaration) à une obligation de résultat. La volonté des pouvoirs publics est de créer une dynamique en faveur de l’accès à l’emploi des travailleurs handicapés en prenant en compte les contraintes économiques des employeurs et en les associant pleinement à la politique d’insertion de ce public.

8.1.1 Une loi pour tous

Jusqu’en 1987, deux régimes prévoient un quota d’emploi pour les personnes handicapées qui en relèvent : le régime des anciens combattants et victimes de guerre (loi du 26 avril 1924) et celui des travailleurs handicapés (loi du 27 novembre 1957). M.-L. Cros-Courtial souligne les différences d’obligation entre ces deux régimes, ces deux obligations « s’appliquaient à l’ensemble des employeurs du secteur privé. Mais si la loi de 1957 relative aux travailleurs handicapés concernait les administrations de l’État et des collectivités locales, la loi de 1924 sur les mutilés de guerre visait seulement, dans le secteur public, les entreprises publiques et les entreprises nationalisées.»³ Afin de simplifier un environnement juridique confus, la loi de 1987 fusionne l’obligation d’emploi des lois de 1924 et 1957. Cette fusion se traduit par le regroupement dans une liste unique des bénéficiaires de la loi :

Sont concernés par cette loi :

1. *les travailleurs handicapés reconnus par le COTOREP,*
2. *les victimes d’accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d’une rente attribuée au titre du régime général de Sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire,*
3. *les titulaires d’une pension d’invalidité attribuée au titre du régime général de Sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l’invalidité des intéressés réduise d’au moins deux tiers leur capacité de travail,*

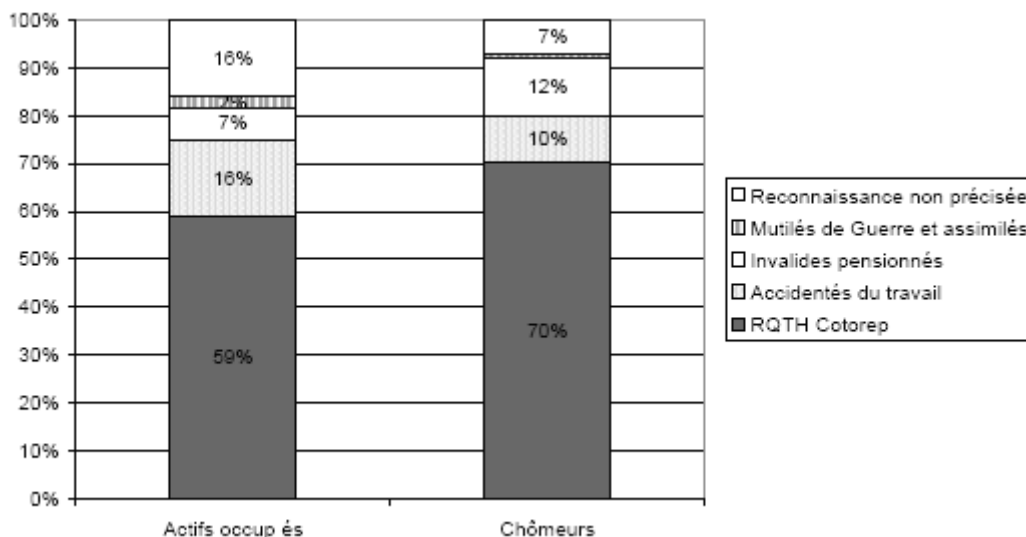
¹ A. Labregère, 1989, *op. cit.*, p. 130.

² Obligation des mutilés de guerre et assimilés par la loi du 26 avril 1924 ; priorité d’emploi des travailleurs handicapés par la loi du 23 novembre 1957 ; réservation d’emplois pour les pensionnés de guerre (loi du 30 janvier 1923) et des victimes de guerre (loi du 28 juillet 1924).

³ M.-L. Cros-Courtial, 1989, *op. cit.*, p. 55.

4. les anciens militaires et assimilés, titulaires d'une pension militaire d'invalidité au titre du code des pensions militaires et des victimes de la guerre,
5. les veuves de guerre non remariées, titulaires d'une pension au titre du même code, dont le conjoint militaire ou assimilé est décédé des suites d'une blessure ou d'une maladie imputable à un service de guerre ou alors qu'il était en possession d'un droit à pension militaire d'invalidité d'un taux au moins égal à 85 %,
6. les orphelins de guerre âgés de moins de 21 ans et les mères veuves non remariées ou les mères célibataires, dont respectivement le père ou l'enfant, militaire ou assimilé, est décédé des suites d'une blessure ou d'une maladie imputable à un service de guerre ou alors qu'il était en possession d'un droit à pension militaire d'invalidité d'un taux au moins égal à 85 %,
7. les veuves de guerre remariées ayant au moins un enfant à charge issu du mariage avec le militaire décédé, lorsque ces veuves ont obtenu ou auraient été en droit d'obtenir, avant leur remariage, une pension dans les conditions prévues au 5^{ème} ci-dessus,
8. les femmes d'invalides internés pour aliénation mentale imputable à un service de guerre, si elles bénéficient de l'article L. 124 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.
9. les Sapeurs-pompiers volontaires blessés dans l'exercice de leurs fonctions

La fusion dans une même loi des précédentes catégories de personnes handicapées se comprend au regard de la transformation de la répartition des personnes handicapées entre 1957 et 1987 : le nombre de mutilés de guerre, veuves et orphelins de guerre décroît d'années en années ; en revanche, parmi les handicapés demandeurs d'emploi, apparaît un nombre important d'accidentés du travail et de travailleurs handicapés.



Source HID⁴

⁴ M. Amar, S. Amira, « Quel accès à l'emploi en milieu ordinaire pour les personnes handicapées » in *Handicaps-Incapacités-Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID*, Ministère de l'emploi et

Comme le montre ce schéma, les bénéficiaires de la loi du 10 juillet 1987 sont constitués d'une majorité de personnes ayant une RQTH par la COTOREP : 59 % pour les personnes handicapées en emploi et 70 % pour les chômeurs. Les autres régimes sont relativement surreprésentés pour les travailleurs handicapés occupant un emploi.

8.1.2 Obligation d'emploi – une nouvelle génération de quota

À l'inverse des précédentes lois, l'originalité de celle du 10 juillet 1987 repose sur l'obligation de résultat qui l'accompagne⁵. Afin de satisfaire à cette obligation, la mise en œuvre de la loi va reposer sur plusieurs modalités, non exclusives les unes des autres : l'embauche de personnes handicapées, la sous-traitance, le versement d'une cotisation volontaire. Outre la fusion des publics, cette loi opère une simplification de l'obligation d'emploi. Elle institue une obligation sous forme d'un quota – dans la proportion de 6 % (il était auparavant de 10 % pour les entreprises du secteur privé et de 3 % pour les entreprises du secteur public) de l'effectif total des salariés (art. L.323.1) – aux établissements de plus de vingt salariés (les précédentes législations s'appliquaient aux entreprises de plus de 10 salariés), à l'État, aux collectivités territoriales, ainsi qu'à leurs établissements publics respectifs autres qu'industriels et commerciaux. La loi de 1987 a prévu un aménagement dans le temps pour que les entreprises se mettent en conformité par rapport au quota à atteindre : « (art. 10) Pendant une période transitoire fixée à trois années à compter de cette date [1987], l'obligation d'emploi instituée par l'article L.323-1 du code du travail est fixée à 3 p. 100 pour la première année, 4 p. 100 pour la deuxième année et 5 p. 100 pour la troisième année »

de la solidarité, DREES, Série études n°16, 2001, p. 7-16.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/serieetud16.htm>

⁵ L'absence de mise en œuvre de l'obligation d'emploi pouvait entraîner des poursuites par le biais de l'action des Directions départementales du travail, mais cette procédure a été très peu appliquée.

L'emploi des personnes handicapées pendant la période transitoire

	1988	1989	1990	1991
Obligation d'emploi	3 %	4 %	5 %	6 %
Seuil d'assujettissement	34 salariés	25 salariés	20 salariés	20 salariés
Nombre d'établissements assujettis	52 600	74 100	87 800	88 000
Effectif salarié	7 356 000	7 987 000	8 518 000	8 539 600
Nombre de handicapés déclarés dont :	223 600	235 900	256 300	258 000
<i>Accidentés du travail</i>	<i>131 000</i>	<i>134 000</i>	<i>140 300</i>	<i>136 000</i>
<i>RQTH</i>	<i>65 500</i>	<i>70 500</i>	<i>82 100</i>	<i>84 900</i>
Taux d'emploi de handicapés	NR	3,5 %	3,7 %	3,8 %

D'après A. Deveau, actualité et dossier en santé publique n° 4, septembre 1993, p. 17.

Le calcul de ce quota est fonction d'unités bénéficiaires pondérées en fonction de l'écart à la norme productive. Ce principe vise à favoriser l'embauche en milieu ordinaire, à l'intérieur de la catégorie des personnes handicapées, des personnes handicapées ayant un handicap lourd. Ainsi un travailleur handicapé en catégorie A (handicap léger) compte une unité alors qu'un travailleur handicapé en catégorie C (handicap lourd)⁶ compte pour deux unités. Cette modalité permet dans une certaine mesure aux entreprises de gérer leur quota : l'embauche d'un salarié handicapé de catégorie C peut résoudre en une seule fois la question du quota. Dans les faits, ce sont généralement les grandes entreprises qui parviennent à embaucher des travailleurs handicapés de catégorie C. Plusieurs raisons expliquent ce phénomène : il est plus facile dans une grande organisation de trouver un poste de travail adapté pour une personne lourdement handicapée, de l'adapter et... avec une seule embauche d'atteindre plus rapidement le quota fixé par la loi. Par ailleurs, pour une grande entreprise, la communication sur le handicap, à travers l'embauche d'un salarié au handicap lourd est plus aisée à mettre en évidence et répond aux représentations courantes de

⁶ Tous les travailleurs handicapés comptent pour au moins une unité. Cependant, selon la logique qui vise à pondérer la gravité du handicap, les travailleurs handicapés de catégorie B comptent 1.5 point et ceux en catégorie C pour 2 unités. Les victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle comptent pour 1.5 unité si leur taux d'incapacité permanente est compris entre 66 % et 85 %, et pour 2 unités au delà de ce pourcentage. Les travailleurs handicapés âgés de moins de 25 ans ou de plus de 50 ans comptent pour une demi unité supplémentaire ; il en est de même pour ceux suivant une formation d'au moins 500h. au sein de l'entreprise, et des travailleurs handicapés embauchés à la sortie du secteur protégé ou d'un centre de formation professionnelle ou d'un institut médico-professionnel. Les bénéficiaires de la loi pouvant prétendre à des majorations à plusieurs titres peuvent les cumuler dans la limite de 3 unités, in M.-L. Cros-Courtial, 1989, *op. cit.*, p. 70.

l'aspect attendu d'une personne handicapée⁷. Ainsi, la mise en conformité d'une très grande entreprise vis-à-vis du quota, se joue différemment que dans le cas des PME-PMI. Pour ces dernières, l'embauche d'un travailleur handicapé doit correspondre à un besoin identifié dans l'entreprise, il s'agit généralement de postes de travail dans lesquels on retrouve essentiellement des travailleurs handicapés des catégories A (peu nombreux) et B (les plus nombreux).

➤ *L'importance des effets de seuil*⁸ :

Si le taux d'emploi légal obligatoire est de 6 % de l'effectif salarié, la loi de 1987 sur l'emploi des handicapés définit une série de seuils. Il s'ensuit que l'obligation effective d'emploi des personnes handicapées varie beaucoup d'un établissement à l'autre selon sa taille et la nature des handicaps des personnes présentes.

- Les établissements calculent leur obligation d'emploi en arrondissant l'effectif théoriquement requis au nombre entier inférieur (par exemple 1,9 embauche nécessaire devient 1 embauche). Cette possibilité crée des discontinuités et multiplie les effets de seuil. Ainsi, pour un établissement de 33 salariés, le taux réel s'établit à peine au-dessus de 3 % ($33 \times 0,06 = 1,98$, arrondi à 1) et à 6 % pour ceux dont l'effectif est de 50 ($50 \times 0,06 = 3$).
- Le seuil des 3 ans : les établissements sont dispensés de l'obligation d'emploi de salariés handicapés pendant les trois ans qui suivent leur création (ou leur passage du seuil des 20 salariés).
- Le seuil des 20 salariés : ce seuil légal tient en partie à la valeur du taux d'emploi obligatoire, de 6%. En effet, même en cas de généralisation de l'obligation, l'embauche d'un salarié handicapé ne serait actuellement obligatoire qu'à partir d'un effectif d'au moins 17 salariés ($17 \times 0,06 = 1,02$).
- Les établissements de 20 salariés et plus peuvent déduire de leur effectif certains emplois requérant des conditions d'aptitudes particulières. De nombreux établissements passent, de ce fait, sous le seuil d'assujettissement.

⁷ Les représentations dominantes des personnes handicapées dans la société ne sont pas abordées ici, mais de nombreux travailleurs handicapés ne véhiculent pas les « stigmates » que la société attend d'eux : fauteuil roulant, cécité, etc. De nombreux handicaps sont « invisibles » comme l'épilepsie, les hernies discales, les traumatismes crâniens, etc.

⁸ DARES, « Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des travailleurs handicapés », nov. 2002.

➤ *Les aménagements de l'obligation*

Cette même loi propose des aménagements à l'obligation du quota : les entreprises du secteur privé peuvent par la même loi s'acquitter de l'obligation légale en recourant à la sous-traitance avec le secteur protégé ou adapté, dans la limite de la moitié du quota (art. L.323.8) ; ou par la conclusion et l'application d'accords d'entreprises ou d'accords de branche prévoyant des programmes pluriannuels d'embauche, d'insertion, de formation, d'adaptation (art. L.323.8.1).

Enfin, les entreprises peuvent également se libérer de l'obligation en versant une contribution volontaire⁹ au fonds de développement pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (qui deviendra en 1988 l'AGEFIPH). Le législateur a fixé au maximum à 500 fois le SMIC horaire par emploi non pourvu la contribution annuelle à verser au Fonds. Cette solution peut étonner mais, elle « s'inscrit pourtant dans le droit fil de la tradition juridique française qui veut que les obligations à la charge de l'employeur (en matière d'emploi des travailleurs handicapés comme en matière de formation, continue ou alternée) puissent se résoudre financièrement, l'entreprise extériorisant ainsi, en tout ou en partie, la charge et le coût d'obligations qui lui incombent en propre. »¹⁰ Cette dernière solution permet de dégager de nouveaux moyens financiers qui, gérés par ce Fonds, doivent permettre de « favoriser toutes les formes d'insertion professionnelle des handicapés en milieu ordinaire de travail. »¹¹

Enfin, si cette loi s'applique aussi au secteur public, on constate des différences avec la mise en œuvre de cette loi dans le secteur privé : absence de sanction pour l'État si le quota n'est pas atteint et par conséquent pas d'équivalent de l'AGEFIPH pour le secteur public.

➤ *Les stratégies mises en place par les entreprises*

En devenant plus contraignante, l'application de la loi a suscité plusieurs stratégies de la part des entreprises. Dans un premier temps, de nombreuses entreprises ont tenté de vérifier (pour minimiser leur pénalité financière) l'écart les séparant de l'obligation. Outre le recensement des travailleurs handicapés déclarés dans leur effectif, il leur fallait détecter ceux qui – souvent par crainte de se voir refuser un emploi – tout en étant travailleurs han-

⁹ Le législateur a fixé au maximum à 500 fois le SMIC horaire par emploi non pourvu la contribution annuelle à verser au Fonds. On notera l'euphémisme de la formule pour nommer ce qui s'avère être une pénalité. Avec la loi du 11 février 2005 le législateur a introduit des changements : Cette contribution sera modulable en fonction des efforts fait par l'entreprise en matière de maintien ou de recrutement de travailleurs handicapés. Le plafond passe de 500 à 600 SMIC horaires. La contribution des entreprises qui n'emploient aucun travailleur handicapé pendant 3 années consécutives est augmentée : elle passe à 1500 fois le taux horaire du SMIC.

¹⁰ C. Guitton, 1996, *op. cit.* p. 373.

¹¹ Article L 323-8-3 du Code du travail.

dicapés n'étaient pas connu des services du personnel, ayant toujours caché à leur employeur ce statut. Par la suite, la question du maintien du quota de travailleurs handicapés pour les entreprises qui recrutent a soulevé un temps des inquiétudes. Ces inquiétudes ont trouvé leur fondement dans la définition même de la notion de travailleur handicapé : « est considéré comme travailleur handicapé pour bénéficier de la présente loi, toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales. »¹² Qu'advient-il de ce statut à partir du moment où le travailleur handicapé est réinséré dans un nouvel emploi en adéquation avec sa formation/qualification et son état de santé ? Peut-il être encore considéré comme un travailleur handicapé lors de la reconduction de son dossier devant la COTOREP¹³ ? Cette question n'a pas reçu de réponse officielle, mais a fait l'objet d'un accord tacite visant à considérer qu'un travailleur handicapé est une personne handicapée au regard d'une qualification et d'un type d'emploi à un moment « t », les COTOREP acceptant de reconduire le « label » travailleur handicapé au regard de l'inadaptation à cet emploi de référence.

8.1.3 L'AGEFIPH : l'externalisation de la gestion de l'insertion professionnelle des personnes handicapées

L'idée originale contenue dans la loi de 1987 tient au mécanisme de sanction qu'elle a mis en place : la contribution financière ne s'inscrit pas dans un système d'amende pénale qui irait au Trésor public, mais dans un système permettant de « recycler » ces ressources afin qu'elles puissent être utilisées pour favoriser l'égalité des chances des personnes handicapées sur le marché du travail. Lors des débats parlementaires, la création de ce Fonds a suscité de vifs débats quant à sa gestion. Si les représentants du gouvernement comme les rapporteurs parlementaires ont exprimé l'intention de confier la gestion du Fonds à une association de droit privé, les organisations professionnelles et les associations ont défendu d'autres points de vue. Les premières militaient pour que le Fonds soit géré par les branches professionnelles, alors que les secondes préconisaient une gestion du Fonds par les associations de personnes handicapées. À une époque où les débats sur le paritarisme sont d'actualité, le législateur a opté pour une gestion privée par la création d'une association de forme paritaire. Juridiquement constituée en juillet 1988, l'AGEFIPH est une association nationale quadripartite régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, qui devient opérationnelle en 1989. Ses statuts sont agréés par le ministère du Travail, de l'Emploi et

¹² Article 1^{er} de la loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés.

¹³ Généralement les décisions émises par la COTOREP, quant à la reconnaissance de travailleur handicapé, ont une validité de 5 ans, voire 10 ans dans certains cas.

de la Formation professionnelle¹⁴. Elle est gérée par un conseil d'administration paritaire composé de quatre collèges :

- Le collège des employeurs : MEDEF (3 représentants), FNSEA, CGPME
- Le collège des salariés : CFDT, CGT, CGT-FO, CFTC, CFE-CGC
- Le collège des associations : UNAPEI, CNPSAA, AMI, FNATH, APF
- Le collège des personnalités qualifiées.

Le conseil d'administration décide de la politique générale de l'AGEFIPH et un bureau, constitué de huit membres, en suit la mise en œuvre.

Les statuts de l'association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) ont été agréés par l'État le 13 septembre 1988¹⁵. L'AGEFIPH dispose de 18 délégations régionales sur l'ensemble du territoire, en métropole et outre-mer, et emploie, au total, près de 300 salariés. L'État n'apparaît pas comme membre de droit de l'association, il a cependant la faculté de désigner deux personnalités qualifiées. Son contrôle sur l'association s'effectue par l'approbation du projet définit par son conseil d'administration¹⁶, de la répartition des contributions en cours ainsi que celui de l'utilisation des fonds¹⁷ ; depuis 1991, un Contrôleur de l'État est désigné pour exercer le contrôle économique et financier du Fonds. L'AGEFIPH a mission de service public, et à ce titre perçoit et redistribue les cotisations perçues au titre de la loi du 10 juillet 1987 sous la forme d'interventions devant favoriser toutes les formes d'insertion professionnelle. Son action n'est pas destinée à se substituer à celles de l'État : les actions que peut financer le Fonds doivent être des actions nouvelles s'ajoutant aux aides publiques déjà existantes. Ces actions sont en direction des entreprises privées du milieu ordinaire de travail, elles peuvent concerner des entreprises non assujetties à l'obligation d'emploi ainsi que des travailleurs handicapés exerçant une activité indépendante ; « il n'y a donc pas de limitation en ce qui concerne les entreprises aidées qu'en ce qui concerne les types d'aides. »¹⁸

¹⁴ Arrêté du 13 septembre 1988 portant agrément de l'association chargée de la gestion du fonds de développement de l'insertion professionnelle des handicapés.

¹⁵ J. de Maillard, 2002, *op. cit.* On distingue habituellement trois types d'associations : de gestion, d'expression et de revendication. Les *associations d'expression et de participation*, rassemblent des personnes ayant des centres d'intérêt communs. Il peut s'agir d'associations agissant dans le domaine des loisirs, du sport ou de la culture ou, plus récemment, dans le champ de l'aménagement urbain. L'action des *associations de revendication* se détermine en fonction d'un adversaire (de quelque sorte qu'il soit : État, collectivités territoriales, promoteurs...) elles sont porteuses de revendications exprimées par des groupes sociaux spécifiques. Il peut s'agir d'associations de consommateurs, de parents d'élèves, du cadre de vie ou de défense de la famille. Les *associations de gestion* (type AGEFIPH), sont quelques fois une émanation plus ou moins directe des pouvoirs publics et sont orientées vers la production de services au public.

¹⁶ Le conseil d'administration de l'AGEFIPH est constitué de l'ensemble des partenaires impliqués dans la problématique de l'emploi des personnes handicapées : représentants des salariés, employeurs, associations et personnalités qualifiées.

¹⁷ Conformément au décret du 22 janvier 1988.

¹⁸ « Emploi et handicap. Déjà 10 ans... Construisons demain », 1997, *op. cit.*, p. 22.

8.1.4 Le cas de la fonction publique

En référence à la loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, les établissements publics – à partir de vingt agents – doivent employer, à temps complet ou à temps partiel, des travailleurs handicapés à hauteur de 6 % au moins de leur effectif total¹⁹. Sont concernées par cette disposition : la fonction publique de l'État ; la fonction publique territoriale ; la fonction publique hospitalière ; les différents établissements publics administratifs de l'ensemble des trois fonctions publiques. Le recours aux entreprises adaptées ou aux centres d'aide par le travail est aussi, pour les administrations, les collectivités locales et les établissements hospitaliers, une façon de s'acquitter partiellement de l'obligation d'emploi et d'aider ainsi à l'insertion professionnelle des personnes plus lourdement handicapées. Le montant des achats est pris en compte dans la limite de la moitié de l'obligation d'emploi, soit 3 % des effectifs.

Une fois en possession de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, les travailleurs handicapés disposent de deux voies d'accès à la fonction publique : le concours (sans limitation d'âge) ; le contrat donnant vocation à titularisation.

Le concours²⁰ constitue la voie normale d'accès à la fonction publique (droit commun). Il permet d'accéder à des emplois de toutes les catégories statutaires A, B et C. Le principe du recrutement par concours est inscrit dans l'article 16 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 : « les fonctionnaires sont recrutés par concours, sauf dérogation prévue par la loi ». Le recrutement par contrat, quant à lui, constitue un instrument moderne et plus souple de recrutement ayant pour but de faciliter et donc d'augmenter le nombre de personnes handicapées dans la fonction publique. Ce type de recrutement par contrat ne se substitue pas à l'accès par la voie du concours, il constitue une voie d'accès complémentaire et dérogatoire. Ce dispositif extrêmement souple présente l'avantage de donner à chaque administration la maîtrise directe de ce type de recrutement²¹.

¹⁹ La mise en œuvre des articles L. 323-1 et L. 323-2 fait l'objet, chaque année, d'un rapport présenté au Conseil supérieur de la fonction publique de l'État, au Conseil supérieur de la fonction publique territoriale et au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, ainsi qu'au Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés.

²⁰ Les travailleurs handicapés, sur leur demande expresse, et après avis du médecin agréé de l'administration, bénéficient d'aménagements d'épreuves. L'article 27 du titre II du statut général précise en effet que « des dérogations aux règles normales de déroulement des concours et des examens sont prévues afin, notamment, d'adapter la durée et le fractionnement des épreuves aux moyens physiques des candidats ou de leur apporter les aides humaines et techniques nécessaires précisées par eux au moment de leur inscription. Des temps de repos suffisants sont notamment accordés à ces candidats, entre deux épreuves successives, de manière à leur permettre de composer dans des conditions compatibles avec leurs moyens physiques ».

²¹ La loi du 10 juillet 1987 a en effet permis aux administrations, aux collectivités et aux établissements hospitaliers (respectivement articles 27, 38 et 27 des titres II, III et IV du statut général) de recruter des travailleurs handicapés par contrat permettant une titularisation ultérieure. Le recrutement direct, caractérisé par sa souplesse, permet aux intéressés, recrutés pour une période d'un an (dans la majorité des cas), renouvelable une fois, d'être titularisés, dans la mesure où ils remplissent les conditions d'aptitude professionnelle à l'exercice des fonctions du grade correspondant. Cette possibilité de recrutement par contrat initialement ouverte

8.1.5 Les changements introduits par la loi du 11 février 2005

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a introduit quelques modifications visant à rendre plus efficace l'orientation des travailleurs handicapés vers les mesures de droit commun.

L'articulation entre les mesures spécifiques et celles de droit commun est renforcée par le biais d'une convention d'objectifs entre l'État et l'AGEFIPH (art. 26) afin de rendre cohérentes les deux types de mesures. De même, une convention de coopération sera conclue entre l'AGEFIPH et le fonds qui sera créé pour la fonction publique (art. 26). Des centres de préorientation contribuent à l'orientation professionnelle des travailleurs handicapés (art. 26). Toujours dans ce même article, il est stipulé que l'État, le service public de l'emploi, l'AGEFIPH, les conseils régionaux, les organismes de protection sociale, les organisations syndicales et les associations de personnes handicapées définissent conjointement des politiques d'accès à la formation et à la qualification des personnes handicapées. Le but est d'évaluer les besoins en formation des personnes handicapées et de favoriser la synergie entre tous les organismes de formation (ordinaires et spécifiques) pour proposer une offre complète de formation et géographiquement proche.

En matière d'obligation d'emploi, les titulaires de la carte d'invalidité et de l'AAH, entrent désormais dans le décompte des bénéficiaires de l'obligation d'emploi (art. 27). La modalité de prise en compte de l'employé handicapé dans l'effectif de l'entreprise est modifiée comme suit : « Pour le calcul du nombre des bénéficiaires de la présente section, par dérogation aux dispositions de l'article L. 620-10, lesdits bénéficiaires comptent chacun pour une unité s'ils ont été présents six mois au moins au cours des douze derniers mois, quelle que soit la nature du contrat de travail ou sa durée, à l'exception de ceux sous contrat de travail temporaire ou mis à disposition par une entreprise extérieure qui sont pris en compte au prorata de leur temps de présence dans l'entreprise au cours des douze mois précédents. » De même, la loi modifie les modalités de calcul de l'effectif total de l'entreprise pour l'appréciation de ce quota (art. 27). Ainsi, les entreprises seront plus lourdement sanctionnées si elles ne respectent pas ce quota, 600 fois le SMIC horaire (contre 500 auparavant). Pour les entreprises n'ayant employé aucun travailleur handicapé pendant plus de 3 ans, la contribution à l'AGEFIPH pourra atteindre 1500 fois le SMIC horaire. À l'inverse, celles qui feront des efforts en matière de maintien ou de recrutement de travailleurs handicapés, verront leurs contributions à l'AGEFIPH moduler. À noter enfin que les dépenses de

en 1987 pour les emplois des catégories C et D, a été étendue aux emplois des catégories A et B en 1995 (loi n° 95-116 du 4 février 1995 et décrets n° 95-979 du 25 août 1995 modifié (fonction publique de l'État), n° 96-1087 du 10 décembre 1996 (fonction publique territoriale) et n° 97-185 du 25 février 1997 (fonction publique hospitalière). Dans la fonction publique de l'État, ce recrutement s'effectue sur des postes budgétaires vacants, indépendamment de toute procédure de concours.

l'entreprise liées à l'accueil, l'insertion ou le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés ou l'accès des personnes handicapées à la vie professionnelle pourront être déduites de la contribution AGEFIPH (le décret fixant cette règle n'est pas encore paru).

Les fonctions publiques devront aussi étendre leur dérogation d'âge pour l'accès à la fonction publique, plus seulement aux travailleurs handicapés reconnus par la COTOREP mais aussi aux personnes victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles dont le taux permanent atteint 10 %, les titulaires de pensions d'invalidités, les invalides de guerre, les titulaires de la carte d'invalidité (art. 32, 33 et 35). Dans le secteur public, la même obligation d'emploi sera désormais applicable aux trois fonctions publiques, avec la création d'un fonds pour l'insertion des personnes handicapées (art. 36) dont la mise en place est prévue au 1^{er} janvier 2006. Le Gouvernement présentera chaque année un rapport sur la situation de l'emploi des personnes handicapées dans les trois fonctions publiques (art. 31). Une lecture comparée de la loi du 10 juillet 1987 avec la loi sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées (loi n°2005-102 du 11 février 2005) permet de mieux repérer ce qui a changé²² :

Concernant les bénéficiaires

Principes de la loi de 1987	Ce qui change avec la loi de 2005
<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes reconnues travailleurs handicapés par la COTOREP, - Les victimes d'accident de travail ou de maladie professionnelle ayant une Incapacité Permanente Partielle 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 de 2/3 de leur capacité de travail, - Les anciens militaires et assimilés titulaires d'une pension d'invalidité, les veuves et orphelins de guerre, - Les sapeurs pompiers volontaires, victimes d'un accident dans l'exercice de leur fonction et titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Article 27 : la liste des bénéficiaires est complétée par les titulaires de la carte d'invalidité et d'une Allocation Adulte Handicapé (AAH).

²² Les informations données ici proviennent du Centre de Ressources, de Développement et d'Informations Rhône-Alpes pour l'emploi des personnes handicapées (CRDI) est une association loi 1901, créée sous l'impulsion de la DRTEFP, du Conseil Régional et de l'Agefiph. Son site Internet <http://www.handiplace.org/>

Concernant les employeurs assujettis

Principes de la loi de 1987	Ce qui change avec la loi de 2005
<ul style="list-style-type: none"> - Les employeurs du secteur privé, - Les établissements publics, - État. 	<ul style="list-style-type: none"> - Articles 32, 33, 35 et 36 : Les trois fonctions publiques (nationale, territoriale et hospitalière) se voient appliquer à peu de chose près, les mêmes obligations d'emploi que le secteur privé à partir du 1er janvier 2006. - Création d'un fonds spécifique pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

Concernant les modalités d'application

Principes de la loi de 1987	Ce qui change avec la loi de 2005
<ul style="list-style-type: none"> - Embauche directe de travailleurs handicapés, - Conclusion de contrats de sous-traitance avec des établissements de travail protégé (limité à 3% du taux d'emploi) - Application d'un accord de branche, d'entreprise ou d'établissement en faveur des travailleurs handicapés (agrée par l'autorité administrative), - Versement d'une contribution à l'AGEFIPH (versée par bénéficiaire manquant pour atteindre le quota de 6%). 	<ul style="list-style-type: none"> - Article 27 : Cette contribution sera modulable en fonction des efforts fait par l'entreprise en matière de maintien ou de recrutement de travailleurs handicapés. Le plafond passe de 500 à 600 SMIC horaires. - La contribution des entreprises qui n'emploient aucun travailleur handicapé pendant 3 années consécutives est augmentée : elle passe à 1500 fois le taux horaire du SMIC.

Concernant le comptage des unités bénéficiaires

Principes de la loi de 1987	Ce qui change avec la loi de 2005
- Chaque travailleur handicapé représente une ou plusieurs unités-bénéficiaires calculées en fonction de différents critères	- Article 27 : lesdits bénéficiaires comptent chacun pour une unité s'ils ont été présents six mois au moins au cours des douze derniers mois, et ce quelle que soit la nature du contrat de travail ou sa durée, à l'exception de ceux sous contrat de travail temporaire ou mis à disposition par une entreprise extérieure qui sont pris en compte au prorata de leur temps de présence dans l'entreprise au cours des douze mois précédents.

8.2 UNE POLITIQUE EN CONFORMITE AVEC LES NORMES EUROPEENNES

Le début des années 1990 a vu se développer un nouveau débat sur l'emploi au niveau européen. L'un des constats était que « l'Union n'avait pas d'instruments assez robustes, ni de stratégies cohérentes pour aborder les chocs macro-économiques ; elle n'avait pas non plus adopté de réponses très efficaces pour prévenir et combattre le chômage, qui risquait de se transformer en chômage de longue durée et de poser des problèmes structurels sur les marchés du travail. »²³ Les nouvelles dispositions qui vont découler de la stratégie européenne à la fin des années 1990, vont – dans le cadre de la gestion des publics souffrant de discrimination sur le marché du travail – prendre en compte l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

8.2.1 Le rôle sommet du Luxembourg

La question de l'emploi n'a véritablement été abordée au niveau européen qu'avec la publication du *Livre blanc sur la croissance, la compétitivité et l'emploi* de Jacques Delors (1993). Ce document s'est imposé comme la base idéologique, politique et analytique sur laquelle une approche européenne coordonnée en matière d'emploi devait être développée. L'idée de trouver des solutions européennes, par une plus grande coordination et convergence des politiques, s'est progressivement imposée. Une telle démarche a été initiée dans le domaine de la coordination des politiques économiques par le traité de Maastricht

²³ Voir le site http://europa.eu.int/comm/employment_social/employment_strategy/develop_fr.htm

(1992), mais au-delà de ce traité, le nouveau débat sur les solutions européennes a également porté sur les politiques structurelles²⁴, qui sont le complément nécessaire au dosage des politiques macro-économiques dans une union économique et monétaire. La question de l'emploi était au cœur des défis de l'élargissement, de la réforme du cadre financier et des fonds structurels européens, de la cohésion économique et sociale et de la réforme institutionnelle, auxquels l'Union Européenne devait répondre.

Se basant sur le Livre blanc de Jacques Delors, en décembre 1994, le Conseil européen d'Essen a adopté cinq objectifs clés que les États membres s'engageaient à poursuivre : développement des ressources humaines par la formation professionnelle, soutien aux investissements productifs au moyen de politiques salariales modérées, amélioration de l'efficacité des institutions du marché du travail, identification de nouvelles sources d'emplois par les initiatives locales et promotion de l'accès au marché du travail pour certains groupes cibles spécifiques tels que les jeunes, les chômeurs de longue durée et les femmes. Ces objectifs, appelés *stratégie d'Essen*, ont été renforcés par les conclusions et les résolutions successives des Conseils européens. Ils ont également permis de franchir les premières étapes dans la mise au point d'indicateurs européens communs et dans le renforcement des institutions aboutissant à la création, fin 1996, d'un Comité permanent de l'emploi et du marché du travail. Cependant, si la stratégie d'Essen témoignait d'un plus grand engagement politique sur la question de l'emploi au niveau européen, cette initiative était basée sur des conclusions non contraignantes des Conseils européens et manquait d'une base juridique claire, de structures permanentes fortes et de vision à long terme. De ce point de vue, le traité d'Amsterdam (1997) va constituer une avancée significative dans l'adoption d'une approche coordonnée de la politique de l'emploi au niveau européen²⁵.

8.2.2 Le traité d'Amsterdam et le nouveau Titre sur l'emploi

Avant le traité d'Amsterdam, les initiatives politiques en matière d'emploi et de politique du marché du travail étaient limitées à une coopération traditionnelle entre gouvernements, telle qu'elle existe au sein de l'OCDE ou de l'OIT. La politique de l'emploi relevait exclusivement de la responsabilité des États membres et le rôle de la Commission était de promouvoir la coopération au niveau européen en prenant des initiatives, en ren-

²⁴ Les politiques structurelles sont basées sur une période relativement longue de 5 ans environ (en tous les cas supérieure à 2 ans), afin de prévoir des projets à long terme (contrairement à la politique conjoncturelle qui se déroule sur un an). Elles s'intéressent à la structure économique : politique d'aménagement du territoire, politique sectorielle (ex : politique industrielle), etc.

²⁵ Si le traité d'Amsterdam ne change pas le principe fondamental selon lequel les États membres ont la compétence des politiques de l'emploi, il confie aux institutions européennes, au Conseil et à la Commission, un rôle beaucoup plus important, de nouvelles missions et davantage d'outils de mise en œuvre, tout en intégrant plus étroitement le Parlement européen dans le processus de décision. Les responsabilités des partenaires sociaux et leurs possibilités de contribuer à la définition des politiques sont également reconnues par l'introduction du protocole social dans le traité.

dant compte de l'évolution de l'emploi et des perspectives du marché du travail et en soutenant des travaux de recherche et d'analyse, sans vraiment avoir de base juridique fermement établie dans le Traité pour mener une action supranationale²⁶. Au-delà de ce renforcement global de l'approche communautaire, les principaux éléments du traité d'Amsterdam dans le domaine de l'emploi sont les suivants :

1. Le traité maintient l'engagement d'atteindre un niveau élevé d'emploi comme l'un des objectifs clés de l'Union européenne, et déclare que cet objectif est aussi important que les objectifs macro-économiques de croissance et de stabilité. L'importance de l'objectif d'emploi est encore renforcée par le fait que les articles portant sur l'emploi sont inclus dans le traité au sein d'un Titre à part entière (comme les articles portant sur les politiques monétaires et économiques), et non comme un simple chapitre.

2. Le traité souligne que l'emploi est une « question d'intérêt commun ». Les États membres se sont engagés à coordonner leurs politiques de l'emploi au niveau communautaire, en conséquence de l'union économique monétaire, dans la mesure où les politiques du marché du travail mises en œuvre dans un État membre influencent inévitablement les paramètres de la politique de l'emploi dans les autres États membres.

3. Il oblige les États membres et l'Union à développer une stratégie coordonnée pour l'emploi, notamment en vue de promouvoir une main-d'œuvre qualifiée, possédant un haut niveau de formation et adaptable, ainsi que des marchés du travail plus réactifs aux changements économiques.

4. Il introduit également le principe important de l'intégration de l'objectif d'emploi dans toutes les politiques communautaires, puisque l'article 127 exige que l'impact sur l'emploi de toutes les politiques communautaires soit pris en considération.

5. Il crée le cadre d'une procédure de surveillance multilatérale (article 128) : les politiques de l'emploi des États membres seront examinées au moyen, notamment, d'un rapport conjoint sur l'emploi annuel établi par la Commission et le Conseil. En outre, la Commission proposera et le Conseil adoptera des lignes directrices annuelles pour l'emploi s'appliquant aux États membres (à l'instar de la politique économique), sur la base desquelles les États membres élaboreront des plans d'action nationaux pour l'emploi. Enfin, la Commission pourra proposer et le Conseil adopter des recommandations aux différents États membres.

²⁶ La Commission a également promu la diffusion d'informations et aidé les États membres dans leur lutte contre le chômage et l'exclusion sociale grâce au soutien financier communautaire, notamment du Fonds social européen. Les décisions du Conseil exigeaient alors l'unanimité, ce qui ne facilitait pas les progrès dans le domaine législatif.

6. Il établit des structures institutionnelles permanentes, en leur donnant une base juridique dans le Traité (article 130, Comité de l'emploi), devant ainsi permettre un débat ouvert, permanent et transparent sur l'emploi et sur les autres questions de politiques structurelles au niveau européen, et d'améliorer la préparation des discussions du Conseil européen.

7. Il crée une base juridique pour l'analyse, la recherche, l'échange des meilleures pratiques et la promotion de mesures d'incitation pour l'emploi (article 129), ainsi que pour toute autre initiative de la Commission au niveau européen dans ce domaine, ce qui n'existait pas auparavant.

8. Enfin, les décisions pourront être prises à la majorité qualifiée, ce qui empêche un pays de bloquer des décisions ou recommandations qui peuvent être nécessaires pour l'Europe et ses citoyens dans leur ensemble.

Sur la base de ces nouvelles dispositions, le sommet sur l'emploi du Luxembourg de novembre 1997 a anticipé l'entrée en vigueur du traité en lançant la *stratégie européenne pour l'emploi* sous sa forme actuelle. En réponse aux évolutions de la situation socio-économique, les Conseils européens successifs²⁷ ont précisé les orientations fondamentales de la stratégie européenne pour l'emploi et ont renforcé ses liens avec les autres politiques de l'Union.

8.2.3 La stratégie européenne pour l'emploi²⁸

Dans le prolongement de l'introduction du titre sur l'emploi dans le traité d'Amsterdam, le sommet sur l'emploi de Luxembourg de novembre 1997 a lancé la stratégie européenne pour l'emploi. Cette initiative est née de la reconnaissance par les chefs d'État et de gouvernement de la nécessité d'agir collectivement au niveau de l'Union européenne. Les États membres se sont engagés à coordonner et à harmoniser leurs politiques de l'emploi au niveau communautaire, dans la mesure où les politiques du marché du travail mises en œuvre dans un État membre influencent inévitablement les paramètres de la politique de l'emploi des autres États membres.

A l'instrument spécifique que constitue le FSE (créé en 1957 pour favoriser la mobilité géographique et professionnelle des salariés) s'est ajoutée la volonté, en 1997, de faire de la promotion de l'emploi un objectif de l'Union européenne. Une stratégie communautaire est désormais définie par des *lignes directrices*, que les États membres sont chargés

²⁷ Les Conseils les plus importants dans ce domaine ont été ceux de Cardiff (juin 1998), Cologne (juin 1999), Lisbonne (mars 2000), Stockholm (octobre 2000) et Barcelone (mars 2002).

²⁸ Voir le site http://europa.eu.int/comm/employment_social/employment_strategy/develop_fr.htm

d'appliquer dans le cadre de Plan nationaux d'action pour l'emploi (PNAE) qu'ils élaborent. Les lignes directrices intégrées fournissent à la Communauté et aux États membres un cadre stable et cohérent permettant la mise en œuvre des actions prioritaires approuvées par le Conseil européen. Elles servent de base à la préparation des PNAE que les États membres présentent chaque année. Ils doivent à cette fin identifier les mesures concrètes qu'ils ont l'intention de prendre (ou ont déjà prises) afin de soutenir la croissance et l'emploi au niveau national, chaque État membre mettant un accent particulier sur les défis essentiels auxquels il est confronté. La stratégie européenne pour l'emploi a été lancée en 1997 avec l'ambition de réaliser des progrès décisifs dans la lutte contre le chômage dans un délai de cinq ans.

➤ *La place des personnes handicapées dans la stratégie européenne pour l'emploi*

Les estimations d'Eurostat, extraites des enquêtes nationales, permettent de dégager qu'au milieu des années 1990, dans toute l'Union européenne la proportion de la population définie comme handicapée s'élève à environ 12 % de la population totale. Des différences sont observées dans quelques pays seulement : par exemple en Espagne, où ce pourcentage est plus élevé (15 %) tandis qu'en France, en Grèce et au Portugal, il est légèrement inférieur (10 %)²⁹. En ce qui concerne l'emploi des handicapés, malgré l'absence de statistiques fiables, il est généralement admis dans toute l'Union européenne que ce groupe est caractérisé par un faible taux de participation au marché du travail (pourcentage de personnes handicapées, par rapport à leur nombre total, en âge de travailler et actives sur le marché du travail). Selon certaines données, fournies par les États membres et corroborées par le Panel des ménages de la Communauté européenne (1994), le taux d'activité de ce groupe est inférieur de 20 % à 30 % à celui des personnes valides. Des données indicatives sur le niveau d'emploi des handicapés fournies par les centres nationaux de l'EIRO (Observatoire européen des relations industrielles) permettent de constater qu'en général, la proportion de personnes handicapées par rapport au nombre total de la population active est très faible. Par exemple: en Finlande, les travailleurs handicapés représentent 1,9 % de la main-d'œuvre totale; en France, seulement 3 % des salariés du secteur public sont des personnes handicapées; aux Pays-Bas, moins de 2 % de la main-d'œuvre est handicapée ; et en Allemagne, ce chiffre s'élève à 3,9 %.

Pour favoriser l'emploi des personnes handicapées, presque tous les États membres de l'Union européenne, ainsi que la Norvège, ont une législation concernant la discrimination fondée sur le handicap et/ou des lois spécifiques qui régissent les divers aspects de l'emploi des personnes handicapées³⁰. La stratégie européenne pour l'emploi va être l'occasion pour les

²⁹ Personnes handicapées : données statistiques, Eurostat, Luxembourg, 1995.

³⁰ La discrimination au travail en raison de handicap est explicitement interdite par les constitutions de cinq pays - Finlande, Grèce, Italie, Portugal et Espagne. Des lois spécifiques interdisent une telle discrimination dans un certain nombre de pays, soit dans le cadre d'une législation générale contre la discrimination, comme

États membres d'intégrer leur action en faveur de l'emploi des personnes handicapées dans un document cadre : le PNAE. Pour répondre à la préoccupation grandissante des 37 millions de citoyens européens handicapés³¹ et favoriser leur maintien dans le marché du travail (les personnes handicapées participent deux fois moins que les autres à ce dernier), l'Union européenne a développé depuis 1997 une approche fondée sur l'égalité des chances des personnes handicapées. Cette approche a été explicitement intégrée dans la nouvelle stratégie européenne pour l'emploi : c'est ainsi que l'objectif « d'améliorer la participation au travail des personnes handicapées a été pleinement intégré dans la nouvelle stratégie européenne pour l'emploi décidée par les Chefs d'État et de Gouvernement, réunis en Conseil européen extraordinaire sur l'emploi, les 20 et 21 novembre 1997. »³² L'encouragement à l'affirmation d'une politique devant permettre l'égalité des chances pour les personnes handicapées a été et, est encore, largement débattue au niveau européen. Cette politique fait référence à un ensemble de textes défendant des principes auxquels les États membres acceptent de se référer dans l'élaboration de leurs politiques (qu'elles soient sociales, de formation ou bien encore d'emploi). Ces grands principes sont repris dans la Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres du 20 décembre 1996 concernant l'égalité des chances pour les personnes handicapées. Ils concernent l'ensemble des problèmes d'intégration³³ des personnes handicapées dans la société (scolarité, vie sociale, travail) et se réfèrent :

1. « Aux principes et aux valeurs qui sous-tendent les règles des Nations unies pour l'égalisation des chances des personnes handicapées ;
2. Aux idées sur lesquelles repose la résolution du Conseil de l'Europe du 9 avril 1992 relative à une politique cohérente en matière de réadaptation des personnes ;
3. Au principe d'égalité des chances dans l'élaboration de politiques globales à l'égard des personnes handicapées ;
4. Au principe consistant à éviter ou à supprimer toute forme de discrimination négative fondée uniquement sur le handicap. »³⁴

au Danemark et en Irlande, ou par le biais d'une législation spécifique, comme en France, en Espagne, en Suède et au Royaume-Uni (une législation de ce type est actuellement envisagée aux Pays-Bas et en Norvège).

³¹ *Compendium des bonnes pratiques sur l'emploi des personnes handicapées*, 1999, Luxembourg. Office des publications officielles des communautés européennes, p. 5.

³² *Ibid.*, *Compendium des bonnes pratiques sur l'emploi des personnes handicapées*, 1999, p. 5.

³³ Où la conception théorique de l'intégration est celle proposée par « Intégrer, c'est faire entrer en dialogue et cohabiter des ensembles antérieurement distincts, ce qui a pour effet de créer un nouvel ensemble » dans, La pauvreté saisie par le droit, in R. Castel et J.F. Laé (dir.), *Le RMI : une dette sociale*, Editions L'Harmattan, collection logiques sociales, 1991, p. 79.

³⁴ Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 20 décembre 1996 concernant l'égalité des chances pour les personnes handicapées (97/C 12/01). Document 497Y0113(01). Journal officiel n° C 012 du 13/01/1997. p. 0001 – 0002.

La transposition de ces principes par les États membres dans leurs politiques s'inscrit dans une hiérarchie dans laquelle les règlements communautaires priment sur la loi³⁵. Concernant la question de l'emploi, il a été décidé dans le cadre du Sommet pour l'Emploi de Luxembourg des 20 et 21 novembre 1997 que la stratégie européenne pour l'emploi serait conçue de manière à reposer sur quatre piliers principaux : l'employabilité, l'esprit d'entreprise, l'adaptabilité et l'égalité des chances. Chaque année, à l'intérieur des quatre piliers, une série de lignes directrices est déclinée et adoptée qui identifie un certain nombre de cibles spécifiques que les États membres doivent atteindre dans le cadre de leur politique pour l'emploi (voir infra le rôle du PNAE).

Même si les personnes handicapées sont concernées par l'ensemble des lignes directrices, c'est dans le cadre de celle sur l'égalité des chances que la question relative à leur insertion est abordée en tant que telle. Ce pilier reconnaît à la fois la nécessité sociale de combattre les discriminations et les inégalités entre les femmes et les hommes, et la perte économique résultant de la non-utilisation pleine et entière des capacités de production de toutes les catégories de la population. Outre la lutte contre la discrimination entre hommes et femmes dans la vie économique et sociale en Europe, ce pilier met l'accent sur l'intégration dans la vie professionnelle des personnes handicapées. Comme le Conseil européen l'indique dans la présentation de ce pilier : il s'agit d'un premier pas important vers la reconnaissance que l'intégration sans réserve des personnes handicapées est un élément fondamental de l'égalité des chances. C'est également un pas vers une application plus large en matière d'emploi de l'importante nouvelle clause anti-discriminatoire du Traité d'Amsterdam en vertu de laquelle le Conseil peut prendre « les mesures nécessaires en vue de combattre toute discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle » (Article 13 sur la présentation des 4 piliers).

Les États membres doivent veiller à ce que leurs politiques tiennent compte des grandes orientations de la Communauté européenne en matière d'égalisation des chances des personnes handicapées en intégrant les lignes directrices dans un PNAE, sous forme d'objectifs nationaux transposés en terme de mesures concrètes et administratives, et adaptés à la situation particulière de chaque État membre. La dimension insertion professionnelle est un objectif auquel tous les États membres adhèrent, mais auquel ils attribuent des moyens différents pour l'atteindre.

³⁵ L'arrêt CE 1990 *Boisdet* affirme la supériorité des règlements communautaires sur la loi, CE 1992 *Rothmans*, celle des directives, même quand elles ne sont pas transposées (CE 1998 *Tête*). En France, pour ce qui est du droit conventionnel, sa place dans la hiérarchie des normes est déterminée directement par l'article 55 de la Constitution. Pour le droit dérivé communautaire, la solution a été jurisprudentielle.

Comme on l'a vu précédemment, si les politiques d'emploi développées par les États membres visent à encourager l'égalité d'accès à l'emploi de cette catégorie de public, elles relèvent de « hiérarchies de valeurs, de choix de protection sociale, de constructions institutionnelles et d'actions d'acteurs sociaux particuliers »³⁶ qui reflètent la diversité des cultures et des cadres législatifs.

8.2.4 L'objectif d'égalisation des chances des travailleurs handicapés dans les PNAE français

En tant qu'État membre, la France fait donc référence dans chacun de ses PNAE à la politique d'égalisation des chances des personnes handicapées qu'elle entend mener. La politique française à l'égard de l'insertion professionnelle des personnes handicapées s'articule sur deux logiques : une logique égalitaire qui leur permet d'accéder à l'ensemble des dispositifs de droit commun et une logique de discrimination positive qui les fait bénéficier de l'accès à des dispositifs spécifiques et une obligation d'emploi via un quota pour les entreprises de plus de 20 salariés. Les modalités devant permettre d'atteindre l'objectif d'une réelle égalisation des chances des personnes handicapées sur le marché du travail sont déclinées dans les PNAE successifs. L'État français reconnaît les discriminations dont les personnes handicapées sont l'objet vis-à-vis du travail et le fait qu'elles ne peuvent « s'appréhender que par référence au principe d'égalité et après avoir répondu à la question fondamentale suivant : la personne qui s'estime l'objet d'une discrimination est-elle dans une situation objectivement comparable à celle de la personne qui ne serait pas victime de telles discriminations ? »³⁷

Depuis 1999, les lignes directrices ont introduit une orientation séparée concernant l'intégration des groupes désavantagés de personnes au marché du travail³⁸. Le but était d'accorder une attention particulière aux besoins des personnes handicapées, des minorités ethniques ou d'autres groupes qui peuvent être désavantagés, et de développer les formes appropriées de politiques préventives et actives. Cette orientation se vérifie à travers les différents PNAE français : entre 1998 et 2001, la ligne directrice relative à l'insertion des personnes handicapées va être progressivement intégrée dans une ligne directrice où la notion « de lutte contre les discriminations » (qui englobe plusieurs catégories de publics et de types de discrimination – sexe, âge, etc.) va se substituer à celle plus restrictive d'intégration des personnes handicapées.

³⁶ J.-C. Barbier, A. Brygoo, « Handicapés et emploi : une difficile comparaison des politiques en Europe », Centre d'Etude et de l'Emploi. 4 pages n° 40. Juillet 2000. p. 2.

³⁷ Haut Conseil à l'intégration, *Lutte contre les discriminations : faire respecter le principe d'égalité*, Rapport au Premier ministre, Haut Conseil à l'Intégration, Paris, La documentation française, 1998, p. 5.

³⁸ Résolution du Conseil du 17 juin 1999 sur l'égalité des chances en matière d'emploi pour les personnes handicapées (1999/C 186/02).

- 1998 : *Promouvoir l'intégration des personnes handicapées dans la vie active* (ligne directrice 19) inscrite dans le chapitre consacré à l'égalité des chances entre femmes et hommes et pour les personnes handicapées ;
- 1999 : *Lutter contre la discrimination envers les handicapés et les discriminations raciales* (ligne directrice 9). Cette ligne directrice est inscrite sous la rubrique « Améliorer la capacité d'insertion professionnelle des jeunes et des adultes demandeurs d'emploi » ;
- 2000 : *Promouvoir un marché du travail ouvert à tous* (ligne directrice 9) dans laquelle « la lutte contre les discriminations envers les personnes handicapées » et « la lutte contre les discriminations raciales sur le marché du travail (...) »³⁹ constituent les deux priorités pour le gouvernement ;
- 2001 : *Lutter contre les discriminations et promouvoir l'intégration par l'emploi* (ligne directrice 7). Sous cette ligne directrice sont regroupées : les luttes contre les discriminations raciales ; la construction de parcours d'insertion pour les publics menacés d'exclusion, et la poursuite du programme de lutte contre la discrimination des personnes handicapées.
- 2003 : *Promouvoir l'intégration des travailleurs handicapés dans l'emploi* (ligne directrice 7). La baisse du chômage des travailleurs handicapés s'inscrit dans la rénovation de la loi du 30 juin 1975. Le principe de non-discrimination est rappelé comme élément essentiel de la logique française.
- 2004 : *Promouvoir l'intégration des personnes défavorisées sur le marché du travail et lutter contre les discriminations dont elles font l'objet* (ligne directrice 7). La réforme de la loi du 30 juin 1975 est toujours présentée comme l'une des orientations majeures de la politique française.

Les outils⁴⁰ que l'État présente dans ses PNAE pour permettre la mise en œuvre de l'égalisation des chances des personnes handicapées sont les suivants :

- Un cadre juridique, et en particulier la loi du 10 juillet 1987, qui fait que « le dispositif français en matière d'emploi des personnes handicapées est fondé sur un principe de discrimination positive [traduite en obligations légales et en aides publiques] destiné à rétablir l'égalité des chances »⁴¹. La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des chances, la

³⁹ PNAE français 2000, p. 10.

⁴⁰ Terme utilisé dans le PNAE français 2001.

⁴¹ *Ibid.*, PNAE français 2001, p. 77.

participation à la citoyenneté des personnes handicapées qui réaffirme le principe de non-discrimination⁴².

- L'accès prioritaire des travailleurs handicapés aux dispositifs de droit commun : « au regard des aides et mesures de la politique de l'emploi, les travailleurs handicapés sont prioritaires, à l'égal des autres catégories de la population en difficulté d'accès à l'emploi (ex. : bénéficiaires du RMI, Chômeurs de très longue durée, etc.) »⁴³. Ce qui signifie qu'ils bénéficient de certaines dérogations et que l'on porte sur eux une attention particulière à leur entrée dans les différents dispositifs d'accès à l'emploi.
- L'accès en milieu ordinaire, qui s'effectue par la construction de parcours d'insertion. Trois dispositifs sont prépondérants à cet égard :
 - Les Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) : ces commissions administratives départementales sont chargées de définir une orientation professionnelle de la personne handicapée ou de l'orienter vers différents systèmes de soutien sanitaire ou social.
 - Le réseau des Cap Emploi : « ils [ces organismes] présentent (...) le double avantage d'être dédiés à l'accompagnement et au placement des travailleurs handicapés et d'être mandatés pour l'insertion durable des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail »⁴⁴.
 - Les programmes départementaux d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH). C'est au travers des PDITH que l'action collective⁴⁵ a été institutionnalisée en 1991. Ils ont pour objectif de mobiliser au plus près du terrain, en s'appuyant sur les structures existantes, l'ensemble des partenaires concernés par l'insertion des travailleurs handicapés (associations, entreprises, partenaires sociaux, professionnels, administrations). Ils sont un élément essentiel au service de la politique d'emploi des personnes handicapées. Lieu de concertation et de partenariat, ils assument une double fonction : ajuster les priorités nationales aux réalités locales ; assurer l'articulation entre dispositifs et acteurs de droit commun d'une part, dispositifs et acteurs spécialisés d'autres part.

⁴² PNAE français 2004, p. 58. Il est fait référence à ce moment là au projet de loi adopté par le Sénat en première lecture et à l'Assemblée nationale. Depuis le texte a été voté.

⁴³ PNAE français 2001, p. 77.

⁴⁴ *Ibid.*, PNAE français 2001, p. 78.

⁴⁵ Dans le sens d'un mouvement regroupant plusieurs acteurs (représentant des organisations publiques ou privées), mobilisés conjointement pour la satisfaction d'intérêts communs.

- L'AGEFIPH (Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées)⁴⁶ : Cette association créée en 1988 a une mission de service public, et à ce titre perçoit et redistribue les cotisations perçues au titre de la loi du 10 juillet 1987. « Les contributions versées à l'AGEFIPH par les employeurs assujettis à l'obligation d'emploi (2 milliards de francs en 2000), (...), ont pour but de financer en retour des actions d'insertion des personnes handicapées exclusivement en milieu ordinaire de travail du secteur privé en favorisant l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées. »⁴⁷

Cet ensemble d'outils constitue donc les leviers grâce auxquels l'État français entend favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées. La description qui en est faite dans les différents PNAE ne rend cependant pas compte de leur mise en œuvre (voir chapitres 4 et 5).

8.3 QUI REPOSE SUR UNE ORGANISATION INSTITUTIONNELLE RESTRUCTURÉE

Le dispositif institutionnel mis en place par la loi d'orientation du 30 juin 1975 prévoit une organisation de l'action en faveur des personnes handicapées partagée: « [art 1] Les familles, l'État, les collectivités locales, les établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations, les groupements, organismes et entreprises publics et privés associent leurs interventions pour mettre en œuvre cette obligation en vue notamment d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables. » La politique à destination des personnes handicapées est dissociée selon deux grands axes : un volet action sociale et un volet emploi dont il sera uniquement question ici⁴⁸. Même en considérant ce seul axe, la répartition de l'action à mener entre les différents acteurs⁴⁹ se traduit un grand nombre d'intervenants dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique à l'égard des personnes en situation de handicap.

⁴⁶ Sur tous ses documents l'AGEFIPH décline son acronyme de la sorte.

⁴⁷ PNAE français 2001, p. 78.

⁴⁸ Pour une présentation complète de l'organisation politico-administrative de la gestion du handicap voir annexe 4

⁴⁹ La notion d'acteur est à prendre au sens large des administrations centrales et déconcentrées, collectivités territoriales et organismes du secteur privé.

8.3.1 Niveau national : la définition des grandes orientations

Malgré les lois de décentralisation qui ont conféré aux Conseils régionaux et généraux certaines compétences, l'État reste responsable des orientations nationales de la politique en direction des personnes handicapées et conserve un rôle de coordination des interventions des différents acteurs.

➤ *Le ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité : assurer l'élaboration de la politique d'emploi de droit commun*

Au niveau de l'État central, la politique en direction des personnes handicapées repose sur l'intervention de plusieurs ministères qui se répartissent la prise en charge du handicap en fonction des secteurs sous leur responsabilité. Ils préparent et mettent en œuvre la politique du gouvernement dans les secteurs de leur compétence et participent à ce titre à l'insertion des personnes handicapées. Les questions relatives à l'emploi des personnes handicapées relèvent du ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité⁵⁰. Le ministre définit la politique du gouvernement en matière de travail, d'emploi et de formation professionnelle, d'accidents du travail et de maladies professionnelles d'action sociale, d'intégration et de lutte contre l'exclusion. À ce titre, il est compétent pour impulser la négociation collective entre les partenaires sociaux, déterminer les conditions de travail, mener la politique en faveur des personnes âgées. Il est assisté de plusieurs ministres délégués et secrétaires d'État :

- Ministre délégué à la Parité et à l'Égalité professionnelle.
- Ministre délégué à la Ville.
- Secrétaire d'État aux Personnes âgées.
- Secrétaire d'État à la Lutte contre l'exclusion.

Placée sous l'autorité du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et mise à la disposition des ministres délégués et des secrétaires d'État, la Direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle (DGEFP) est chargée de proposer les orientations de la politique pour l'emploi et la formation professionnelle continue. Elle en construit le cadre juridique en concertation avec les autres départements ministériels et les partenaires sociaux. Elle conduit et coordonne la mise en œuvre des dispositifs et en évalue les résultats. Elle veille à l'inscription de cette politique dans la stratégie européenne pour l'emploi et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Au cœur du service public de

⁵⁰ Le ministère comporte plusieurs directions : Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP) ; Direction de l'animation de la recherche et des statistiques (DARES) ; Direction des affaires générales et de la modernisation (DAGEMO).

l'emploi, dont elle anime les différents réseaux, elle assure la tutelle de ANPE, de AFPA et du centre pour le développement de l'information sur la formation permanente (Centre INFFO), qui apportent leur concours à la réalisation de la politique pour l'emploi et la formation professionnelle

La DGEFP comprend une mission *Emploi des personnes handicapées*, chargée en particulier d'animer les PDITH et les programmes communautaires en direction des personnes handicapées ; elle assure par ailleurs le secrétariat du Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés. La mission (et non la direction) emploi des personnes handicapées de la DGEFP se définit comme « le lobby interne à la DGEFP, la petite enclave pour titiller les collègues qui mettent en œuvre les politiques d'emploi et de formation professionnelle. »⁵¹ Il s'agit de vérifier que chaque action mise en œuvre prend en compte la situation des personnes handicapées.

Les objectifs de la mission emploi des personnes handicapées sont :

- Explorer toutes les solutions pour contribuer au développement des activités et des entreprises et accroître l'emploi de qualité, par l'enrichissement de la croissance en emplois et par le développement de l'activité et la création d'emplois ;
- Lutter contre la sélectivité du marché du travail et mener des politiques pour l'accès de tous à l'activité et à l'emploi, par l'accompagnement vers et dans l'emploi des publics les plus fragiles menacés par le chômage de longue durée, et par l'insertion professionnelle des jeunes et le développement des formations en apprentissage et en alternance ;
- Accompagner l'adaptation des entreprises et des salariés à l'environnement socio-économique et valoriser les potentiels humains par trois moyens :
 - l'appui aux branches et aux entreprises dans l'anticipation et l'accompagnement des mutations industrielles et technologiques ;
 - le maintien et le renouvellement des compétences par la formation tout au long de la vie ;
 - la structuration qualitative du marché de la formation professionnelle continue ;
- Participer à la politique communautaire et à la coopération internationale.

⁵¹ Entretien avec le chef de la mission Insertion dans l'emploi des personnes handicapées, 2001.

Par ailleurs, la DGEFP intervient dans le cadre de la loi de 1987 en vérifiant le taux d'emploi des entreprises assujetties dans le secteur privé et dans le secteur public. Du fait de l'absence de sanction dans le secteur public, l'action de la mission emploi des personnes handicapées est dans ce cadre là de motiver les différents ministères pour embaucher des travailleurs handicapés.

Au niveau de l'État central, la mission emploi des personnes handicapées est rattachée à la DGEFP⁵². La philosophie qui anime la délégation est centrée sur l'inscription des personnes handicapées dans l'ensemble des dispositifs de droit commun avant d'utiliser la gamme des dispositifs spécifiques qui leur est dédiée. La logique qui sous-tend cette approche est celle de la subsidiarité entre dispositifs de droit commun (prioritaires) et de droit spécifiques (secondaires). Cependant, cet objectif est d'autant plus difficile à réaliser que le secteur visant à traiter de l'emploi des personnes handicapées s'est construit autour d'un certain nombre de dispositifs spécifiques : organismes de formation particuliers, de placements exclusivement en direction des travailleurs handicapés, etc.

➤ *Les autres ministères impliqués*

La politique relative aux personnes handicapées repose par ailleurs sur l'action d'autres ministères pour assurer l'objectif d'intégration défini dans la loi du 30 juin 1975.

- Le Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche prend en compte l'intégration des jeunes handicapés dans les établissements scolaires et l'université, ainsi que leur formation professionnelle initiale.
- Le Ministère de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer prend en charge les questions relatives à l'accessibilité de la voirie, des transports, et du cadre bâti, pour laquelle une fonction de délégué ministériel à l'accessibilité a été créée fin 1999.
- Le Ministère de la défense, à travers la Direction des statuts, des pensions et de la réinsertion sociale met en œuvre le droit à la réparation ouvert par les lois du 31 mars 1919 et du 24 juin 1919 sur les pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Par délégation de la Ministre, c'est le Secrétaire d'État aux combattants qui met en œuvre ce droit à la réparation. Pour remplir ses missions, il s'appuie sur l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre (ONAC) et sur la Direction des statuts, des pensions et de la réinsertion sociale (DSSPRS).

⁵² Auparavant elle était rattachée directement au ministère de l'emploi, avec l'idée que cette politique de l'emploi devait être autant que possible une mission d'intégration dans le cadre de la politique de droit commun. La politique d'emploi spécifique n'apparaissait que dans un second temps.

- Le Ministère des sports a en charge l'accès des personnes handicapées aux activités physiques et sportives.
- Le Ministère de la culture celui de leur accès aux activités culturelles ;
- Le Ministère de la fonction publique, de la réforme de l'État et de l'aménagement du territoire a en charge l'accès des personnes handicapées aux trois fonctions publiques de l'État.

➤ *Organes étatiques de consultation*

Le dispositif de concertation pour assister l'État dans sa politique en faveur des personnes handicapées repose sur deux structures spécifiques : le Conseil supérieur pour le reclassement des travailleurs handicapés placé auprès du ministre chargé du travail et le Conseil national consultatif des personnes handicapées. Les conseils consultatifs sont chargés d'évaluer la situation du handicap sur le plan national et local dans différents domaines : emploi, éducation, formation professionnelle, accessibilité, transports, tourisme et loisirs. Ils sont composés de représentants des secteurs associatifs, des organismes de protection sociale, des collectivités locales et de l'État.

Le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées : une instance qui ne remplit pas sa mission.

Le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH)⁵³, institué en application de l'article 1^{er} de la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées est conçu pour rassembler des associations et organismes regroupant des personnes handicapées, développant des actions de recherche dans le domaine du handicap ou finançant leur protection sociale ainsi que des organisations syndicales et patronales représentatives. Il est également chargé d'évaluer la situation matérielle, financière et morale des personnes handicapées prises en charge au titre de la solidarité nationale. Le CNCPH « peut être consulté par les ministres compétents sur tout projet, programme ou étude intéressant les personnes handicapées. Il peut également examiner, de sa propre initiative, toute question relative à la politique concernant les personnes handicapées. Il remet au ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale avant le 1^{er} octobre de chaque année un rapport sur

⁵³ Décret n° 84-203 du 22 mars 1984, Décret n° 2002-1387 du 27 novembre 2002 Instance consultative, le CNCPH est composé de 47 membres : l'assemblée des Départements de France ; 24 associations représentant les personnes handicapées ; 4 associations œuvrant dans le secteur social ; 3 centres spécialisés dans l'étude des handicaps et des inadaptations ; 5 organismes finançant la protection sociale ; 10 organisations syndicales et patronales représentatives. Ceux-ci sont désignés pour la durée de 3 ans par arrêté interministériel. La composition du Conseil a été renouvelée par arrêté du 14 septembre 1999. L'ADF représentant les conseils généraux figure désormais au nombre des membres du CNCPH.

l'application de la politique intéressant les personnes handicapées. »⁵⁴ Ce Conseil peut organiser des commissions restreintes pour étudier les questions soumises à son examen et entendre toute personne susceptible de l'éclairer dans ces travaux.

Le rapport de la Cour des comptes de 2000 introduit des nuances entre l'énoncé des textes et la réalité de leur mise en œuvre : dans les faits, « depuis 1975, les deux réunions annuelles de ce conseil prévues par les textes n'ont pas été régulièrement tenues. En revanche, certaines années, le CNCPH s'est réuni plus souvent. Contrairement à sa mission, il n'a pas émis d'avis, ni produit de rapport annuel. »⁵⁵ La réforme de la loi de 1975 a cependant conduit la CNCPH à émettre quelques avis sur les propositions faites.

Cour des comptes, *La vie avec un handicap*, 2003, p. 66-67

Dans la décennie qui a suivi sa création, la CNCPH a principalement porté son attention sur des problèmes fondamentaux qui n'ont pas encore trouvé de réponse définitive, comme celui des COTOREP et des CDES. Dès le début des années 1980, la question des aides techniques a également été soulevée devant lui, ainsi que celles de la prévention du handicap, du rôle du ministère de l'éducation nationale dans la réalisation de l'obligation éducative, de la formation du personnel, de l'annonce du handicap, des personnes polyhandicapées, et du vieillissement des personnes handicapées.

Du milieu des années 1980 au milieu des années 1990, le conseil a consacré l'essentiel des ses réunions à accompagner les évolutions législatives et réglementaires en apportant notamment son éclairage sur les textes adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé, la mise en place d'un programme expérimental d'hébergement pour adultes lourdement handicapés avec une double tarification, ou la loi imposant un taux d'emploi des travailleurs handicapés.

Dans la dernière période, l'activité de proposition et de critique du CNCPH semblait plus atténuée, l'activité du conseil paraissait être davantage celle d'un forum devant lequel étaient exposés les plans d'action pluriannuels et présentés des rapports. Il faut toutefois noter qu'en 2003, le CNCPH a participé activement aux réflexions sur la rénovation de la loi d'orientation du 30 juin 1975.

Suite à la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, le CNCPH a vu son rôle et sa place consolidés : la loi crée des conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées⁵⁶ (CDCPH) dont la mission est de donner un avis « (art. 55) sur les orienta-

⁵⁴ Art. 2 du décret n° 84-203 du 22 mars 1984.

⁵⁵ Cour des comptes, 2003, *op. cit.* p. 66.

⁵⁶ Le décret n° 2002-1388 du 27 novembre 2002 (qui organise le CNCPH en confirmant que son secrétariat reste assuré par la direction générale des affaires sociales) fait des conseils départementaux une structure de concertation.

tions de la politique du handicap dans tous les domaines de la vie sociale et sur les mesures à mettre en œuvre au plan local pour assurer la coordination des interventions de tous les partenaires institutionnels ou associatifs. » L'une des premières missions confiées à ces conseils départementaux est de réaliser, dans un délai de deux ans, « un recensement du nombre de personnes handicapées résidant dans le département et de la nature de leur handicap. » Dans ce cadre, le CNCPH « assure la participation des personnes handicapées à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques les concernant (...) veille aux bonnes conditions nécessaires à l'exercice de la fonction de coordination dévolue (...) aux conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées. »⁵⁷ Lors de la rédaction de ce travail, on ne disposait pas encore de d'évaluation sur la mise en place des conseils départementaux.

Le Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés (art. R323-81 à R323-92 du code du travail)

Le Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés est une instance dépendant du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ayant une mission consultative. Ses missions sont au nombre de cinq :

- Promouvoir les initiatives privées ou publiques en matière de rééducation, réadaptation fonctionnelle, rééducation professionnelle, réadaptation et placements professionnels, organisation du travail protégé et enseignement, éducation et adaptation au travail des enfants et adolescents handicapés. Il en facilite la coordination et le contrôle ;
- Réunir tous les éléments d'information par enquête, sondages, statistiques concernant ces problèmes et notamment les possibilités d'emploi, (...);
- Favoriser la création et le fonctionnement des organismes de recherche et d'expérimentation des centres de cure et de reclassement ;
- Remplir auprès des pouvoirs publics un rôle consultatif pour tous les actes législatifs et réglementaires concernant les handicapés ;
- Assurer par la presse, la radiotélévision et tous les autres moyens d'information appropriés un climat favorable au reclassement.

⁵⁷ Art. 55 de la loi n° 2000-73 introduisant le chapitre VI *Consultation des personnes handicapées* au titre IV du code de l'action sociale et des familles (art. L. 146-1 et L. 146-2).

Il comprend les organisations syndicales de salariés, les organisations professionnelles d'employeurs, les associations de personnes handicapées à caractère national ou gestionnaires d'établissements spécialisés, les départements ministériels intéressés à l'emploi des personnes handicapées, les représentants de l'ANPE, de l'AFPA et de l'AGEFIPH, des personnalités qualifiées. Ils sont consultés sur la mise en œuvre de la politique d'insertion et de réinsertion professionnelles des travailleurs handicapés.

➤ *Mais une coordination interministérielle absente...*

Pour assurer l'intersectorialité et la prise en compte des problèmes liés au handicap dans les différents ministères, deux instances nationales ont pour vocation d'assurer la coordination de l'ensemble des administrations concernées par la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes handicapées :

- La mission pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, qui assure un travail de veille par rapport à l'ensemble des politiques qui sont définies à la DGEFP et dont les personnes handicapées sont généralement prioritaires (au même titre que les bénéficiaires du RMI ou les chômeurs de longue durée).
- Toujours dans son article 1^{er}, la loi prévoit que « L'État coordonne et anime ces interventions par l'intermédiaire du comité interministériel de coordination en matière d'adaptation et de réadaptation, assisté d'un conseil national consultatif des personnes handicapées dont la composition et le fonctionnement seront déterminés par décret et comprenant des représentants des associations et organismes publics et privés concernés. »⁵⁸

Le comité interministériel relatif à la coordination en matière d'adaptation et de réadaptation (décret du 9 septembre 1970) et sa commission permanente ne se sont quasiment jamais réunis depuis 1975, des réunions ont eu cependant lieu du deuxième semestre 1995 au printemps 1997⁵⁹. En août 1995, un délégué interministériel a été nommé avec pour mission de « coordonner les actions favorisant l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées, notamment dans les domaines de l'intégration scolaire, du maintien à domicile et de l'accessibilité, de l'emploi et la formation professionnelle. »⁶⁰ La Cour des comptes souligne qu'à compter de 1997, ce poste devient moins opérationnel, évolution accentuée du fait de la nomination d'une Secrétaire d'État, puis d'une ministre déléguée⁶¹. Le délégué nommé en septembre 2002 déclarait à la Cour des comptes qu'il

⁵⁸ Date d'application : 17 août 1976 (Décr. n° 76-769 du 9 août 1976, art. 1^{er}).

⁵⁹ Cour des comptes, 2003, *op. cit.* p. 54.

⁶⁰ Décret n° 95-863 du 31 juillet 1995.

⁶¹ Cour des comptes, 2003, *op. cit.* p. 57.

entendait relancer l'interministérialité, principalement sur les dossiers de l'accessibilité, de la scolarisation, du sport et de la culture. Il convient de souligner que selon les gouvernements, l'animation de la politique en direction des personnes handicapées a bénéficié ou non d'un secrétariat d'État, délégué ministériel.

Cour des comptes, *La vie avec un handicap*, 2003, p. 57-58

Depuis 1975, les ministres ayant directement en charge l'animation de cette politique ont été les ministres chargés des affaires sociales. C'est en juin 1988 qu'un secrétariat d'État uniquement dédié aux personnes handicapées et aux accidentés de la vie a été créé pour la première fois⁶². Ces questions ont à nouveau, à compter d'avril 1993, relevé directement du ministre. À compter de mars 2000, ces attributions ont été exercées par délégation, par un secrétaire d'État ou un ministre délégué qui avait aussi en charge un autre domaine : secrétaire d'État à la santé et aux handicapés (mars 2000), secrétaire d'État aux personnes âgées et aux personnes handicapées (février 2001)⁶³, ministre délégué à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées (mars 2001)⁶⁴. Depuis juin 2002, ces questions relèvent de nouveau d'un secrétariat d'État spécifique.

8.3.2 L'AGEFIPH : assurer l'élaboration de la politique d'emploi spécifique

Comme on l'a vu précédemment, la loi du 10 juillet 1987 s'est accompagnée de la création de l'AGEFIPH dont la mission est de favoriser l'emploi ou le maintien en milieu ordinaire de travail des personnes handicapées, et de promouvoir toutes les formes d'insertion professionnelle et leur suivi, grâce aux contributions versées par les entreprises. Les relations État-AGEFIPH sont encadrées par une série de conventions qui ont successivement transféré certaines compétences détenues par l'État à l'AGEFIPH. Chronologiquement, la première convention signée en 1994 concerne la suite de la réalisation de la couverture territoriale des EPSR prévue à l'origine dans la loi du 30 juin 1975 ; la seconde signée en 1998 concerne directement le volet emploi des personnes handicapées (*cf. infra* chapitre 4).

Les successives délégations de compétences de l'État vers l'AGEFIPH vont contribuer à alimenter la perception, auprès de certains acteurs de terrain (associations, professionnels de l'insertion en particulier), selon laquelle l'État se désengage progressivement de la politique de l'emploi des personnes handicapées. Les relations entre la DGEFP et l'AGEFIPH s'inscrivent dans un contexte particulier dans la mesure où la gestion de fonds issus de l'obligation posée par le législateur met les services de l'État en difficulté quant au contrôle qu'ils peuvent exercer vis-à-vis de l'AGEFIPH. Les contributions versées par les

⁶² Décrets n° 88-868 du 11 août 1988, n° 91-612 du 28 juin 1991 et n° 92-1003 du 31 septembre 1992.

⁶³ Décrets n° 2000-307 du 7 avril 2000 et n° 2001-113 du 7 février 2001.

⁶⁴ Décret n° 2001-358 du 25 avril 2001.

entreprises à l'AGEFIPH doivent concourir à l'insertion des personnes handicapées en milieu ordinaire de production en concordance avec la politique définie par l'État pour l'emploi des personnes handicapées. Les relations entre la DGEFP et l'AGEFIPH s'articulent donc en fonction d'un cadre défini nationalement ; cependant, ces relations sont d'un type particulier pour la DGEFP qui n'a pas de position de tutelle comme elle l'aurait eu avec un établissement public. Dans ces conditions la DGEFP « fonctionne dans un cadre contractuel et de relations de travail (...) On a une convention d'objectifs [depuis 1998] avec l'AGEFIPH qui nous permet d'encadrer le travail de l'AGEFIPH. »⁶⁵. Le rôle de contrôle de l'État consiste pour l'essentiel à veiller à ce que les dispositifs développés par l'AGEFIPH s'articulent bien à ceux développés par l'État. Pour la DGEFP, les dispositifs développés par l'AGEFIPH viennent en soutien des politiques de l'État ou en complémentarité. Si dans un premier temps le contrôle de l'État concernait surtout l'approbation du budget annuel de l'AGEFIPH – et par la même les orientations de l'association puisqu'il accepte les investissements faits dans tel ou tel domaine – depuis la convention d'objectifs État-AGEFIPH de décembre 1998, l'État a trouvé un nouveau moyen de contrôle qui lui permet d'encadrer la politique spécifique de l'emploi des personnes handicapées en intégrant les actions de l'AGEFIPH dans le cadre général formé par le PNAE. Le contrôle de l'État passe par la vérification, via des indicateurs trimestriels et des réunions DGEFP/AGEFIPH, du suivi de réalisation d'objectifs de la convention et du programme exceptionnel. La nature des relations entre la DGEFP et l'AGEFIPH varie selon les interlocuteurs : si les relations avec certains services administratifs sont jugées positives, il n'en est pas de même avec le conseil d'administration de l'association qui défend l'indépendance de la politique menée par l'AGEFIPH

Les relations entre la DGEFP et l'AGEFIPH s'inscrivent dans un contexte marqué par la disproportion des capacités humaines et financières entre la mission emploi des personnes handicapées de la DGEFP et l'AGEFIPH : qu'il s'agisse du volume en personnel (12 personnes travaillent à la mission emploi des personnes handicapées contre près de 200 personnes à l'AGEFIPH) ; ou bien encore de la capacité financière qui permet à l'AGEFIPH de développer de nombreux dispositifs en s'appuyant sur des partenaires extérieurs. Les propos du chef de la mission emploi des personnes handicapées résument clairement la position des services de l'État par rapport à l'AGEFIPH : « il est évident que nous ne pouvons pas faire la même chose, comme ils ont beaucoup de moyens ils travaillent avec des prestataires extérieurs, c'est vrai qu'on est les petits derniers et que parfois cela hérisse un peu les services de l'État sur le terrain qui n'ont ni les moyens de valoriser ce qu'ils font, et qui peuvent trouver que ce n'est pas très gratifiant. »

⁶⁵ Entretien avec le chef de la mission insertion dans l'emploi des personnes handicapées de la DGEFP, 2001.

8.3.3 Les échelons infranationaux : la coordination et la mise en œuvre

➤ *Le niveau régional : la programmation et la coordination*

La gestion déconcentrée des compétences détenues par l'État est, depuis la loi du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République, réalisée selon les domaines, au niveau de la région ou du département. Elle est confiée, sous l'autorité du préfet, aux services déconcentrés des différents ministères implantés localement. Ces services sont généralement organisés à l'échelon des départements et des régions. Un décret de 1999 vise à améliorer leur efficacité en favorisant la création de délégations inter-services permettant la mise en œuvre d'une coopération entre les services de plusieurs départements ministériels. Les directions régionales sont placées sous l'autorité du préfet de région. Certaines sont communes à différents ministères.

L'échelon régional est l'échelon de droit commun de la politique de l'emploi et de la formation professionnelle, et donc également de l'emploi et de la formation professionnelle des personnes handicapées, qui constituent des publics prioritaires pour ces politiques. C'est aussi l'échelon de répartition des moyens des COTOREP. Les contrats de plan État-région incluent dans certains cas des actions spécifiques pour les travailleurs handicapés. Les DRTEFP délivrent l'agrément des ateliers protégés (sur instruction des DDTEFP) et leur attribuent la subvention annuelle d'accompagnement et de développement. Elles instruisent, en liaison avec les DRASS, les demandes d'agrément des centres de rééducation professionnelle et en assurent le suivi et l'évaluation avec l'appui de l'AFPA. Les DRTEFP définissent les orientations fixées aux structures spécialisées de placement Cap emploi, dans le cadre des comités de pilotage État-AGEFIPH-ANPE que le directeur régional préside, et en évaluent les résultats. L'AGEFIPH, assure le suivi et la coordination de son action auprès des différents acteurs impliqués dans l'insertion professionnelle des personnes handicapées par le relais de ses 18 délégations. Le Conseil régional intervient plus particulièrement sur les politiques de l'emploi, qui constituent l'un de ses champs de compétence générale. Par l'intermédiaire des contrats de plan État-région, les régions peuvent intervenir en ce qui concerne les crédits d'investissement des établissements ou les crédits de formation des travailleurs handicapés.

➤ *L'échelon départemental : la mise en œuvre*

Les directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ont en charge des attributions pour l'emploi. Elles assurent le suivi de l'obligation d'emploi posée par la loi du 10 juillet 1987 à l'égard des entreprises de 20 salariés et plus. Elles assurent le fonctionnement des COTOREP. Elles mettent en œuvre et pilotent, par délégation du préfet, les programmes départementaux d'insertion des travailleurs handicapés

(PDITH) et gèrent les crédits délégués par l'État à cet effet. C'est au niveau départemental que se réalise l'intégration des objectifs nationaux et la coordination des initiatives locales locaux en matière d'insertion des personnes handicapées via les PDITH (voir chapitre 5).

8.3.4 L'investissement du secteur associatif

Comme on l'a vu dans la première partie, le mode gestion du handicap s'organise autour de trois pôles : l'État, le secteur privé et les professionnels. Regroupant majoritairement des personnes handicapées ou leurs familles et amis, les associations constituent des interlocuteurs à tous les niveaux des pouvoirs publics. Toutes les formes d'organisation sont utilisées : association nationale, fédération, union d'associations locales. Certaines associations sont regroupées dans le cadre du *Comité d'entente des associations représentatives de personnes handicapées et de parents d'enfants handicapés*. Il s'agit d'un regroupement informel de plusieurs dizaines d'associations dont 59 organisations nationales en 2001⁶⁶. Cette instance permet aux associations de définir une stratégie commune vis-à-vis des différents financeurs du handicap. Plus largement, il constitue un interlocuteur privilégié de l'État.

La place des associations dans le champ du handicap est historiquement prépondérante. Elles ont eu un rôle important dans la prise en charge des besoins des personnes handicapées, action reconnue auprès des pouvoirs publics. Elles ont largement suppléé les carences du système de prise en charge des personnes handicapées en développant des structures spécifiques. Généralistes ou particulières à un handicap spécifique, certaines d'entre elles, en complément de leurs actions de lobbying ou revendicatives, gèrent des établissements et services au profit de leurs membres et des personnes handicapées ou leurs familles. Certaines associations ont une place importante dans le secteur du travail protégé : l'APF et l'UNAPEI gèrent à elles deux 40 % des CAT et plus de la moitié des capacités d'accueil des 1 200 CAT, ainsi que plus du quart des 465 ateliers protégés et près du tiers des places⁶⁷. De cette forte présence, les associations ont acquis une place importante dans l'offre de prestation en faveur des personnes handicapées⁶⁸.

Avec la décentralisation et le développement des politiques contractuelles, les associations vont devenir partenaire de l'action publique : elles sont désormais associées à la décision publique de plusieurs façons et jouent un rôle important dans les actions conduites

⁶⁶ Ses huit porte-parole sont, l'APF, l'APAJH, le CLAPEAHA, le CNPSAA, la FFAIMC, le GIPH, l'UNAFAM et l'UNAPEI.

⁶⁷ Cour des comptes, 2003, *op. cit.*, p. 63.

⁶⁸ En 1998, les établissements gérés par des organismes privés formaient 89,9 %* du total des établissements accueillant des personnes handicapées. * : associations 86,2% ; fondations 1,4 % ; congrégations 0,5 % ; autres organismes 1,8 %.

en faveur des personnes handicapées. Afin d'améliorer la qualité des relations entre l'État et les associations, la DGAS a mis en place une instance consultative – le comité des engagements – afin de définir une politique cohérente vis à vis des associations. La DGAS a vocation à financer des actions nationales et singulièrement à subventionner les différents organismes et associations assurant la représentation des personnes handicapées et la défense de leurs intérêts, et participant aux actions visant à promouvoir leur intégration sociale ; des crédits sont inscrits au chapitre 46-35 article 10 du ministère chargé des Personnes handicapées⁶⁹. Les relations de la DGAS avec les associations représentatives des personnes handicapées sont établies par la signature d'une convention annuelle ou pluriannuelle fixant le montant de la subvention, les orientations et les programmes d'études ou les projets des associations.

Sur le volet insertion professionnelle, elles sont associées à la décision publique via leur participation au conseil d'administration de l'AGEFIPH et leur participation à des instances consultatives. Ainsi, les associations traditionnellement de revendication sont passées d'une position classique de contestation ou de consultation à celle d'une implication dans l'élaboration et le suivi de projets⁷⁰. Il faut cependant souligner que la participation des associations ne s'est pas réalisée avec fluidité : l'apparition de l'AGEFIPH dans le paysage organisationnel a interféré dans les relations entre l'État et les associations. Les grandes associations avaient pour habitude d'organiser leur lobbying directement avec le ministère de la Solidarité. Mais l'AGEFIPH étant structurée selon une logique paritaire, l'introduction des partenaires sociaux dans le champ du handicap a été difficilement gérée par les associations qui n'avaient pas de culture paritaire. Cette méconnaissance a généré dans un premier temps des tensions, qui depuis se sont atténués.

⁶⁹ Les associations font l'objet d'une convention annuelle lorsque le montant de la subvention allouée dépasse un montant fixé par la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations. Ce montant a été fixé à 23 000 € par un décret du 6 juin 2001. En deçà, un arrêté fixe le montant et les conditions d'attribution de la subvention.

⁷⁰ J.-P. Gaudin, *Les Nouvelles Politiques urbaine*, Paris, PUF, 1993, p. 79, cité par J. de Maillard, 2002, *op. cit.*, p. 57.

9 L'EVOLUTION DE LA POLITIQUE SPECIFIQUE DE L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES

9.1 AMELIORER L'ACCUEIL ET L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES : LA MISE EN QUESTION DES PRATIQUES DES COTOREP

L'orientation des travailleurs handicapés est un processus complexe qui repose sur la synthèse de trois évaluations complémentaires (l'aptitude médicale, la situation sociale et le niveau de qualification) qui s'appuient sur un ensemble de techniques faisant intervenir des professionnels de secteurs différents (médecins, psycho-techniciens, conseillers de l'emploi, travailleurs sociaux, etc.). Un organisme est au cœur du dispositif d'insertion des personnes handicapées depuis 1975 : les COTOREP. Présentes dans chaque département, elles ont pour mission d'évaluer les aptitudes des personnes handicapées, de les orienter et, le cas échéant, de leur accorder des aides financières et sociales. Leur décision juridique s'impose aux organismes de prise en charge ou vers lesquels elles orientent la personne handicapée.

Les COTOREP vont, à la fin des années 1980, faire l'objet de nombreuses critiques concernant notamment la pertinence des orientations professionnelles prononcées. Alors qu'idéalement l'orientation d'une personne handicapée doit s'inscrire comme un moment clé dans l'élaboration d'un parcours individuel d'insertion et être adaptée aux réalités des contextes locaux, B. Rémond souligne en 1990 : « La COTOREP n'est pas un véritable outil d'exploitation des capacités de la personne en vue de bâtir avec elle un parcours de formation et d'insertion qui soit autre chose qu'un classement entre des solutions d'orientation administratives classiques »¹. À la fin des années 1990, la secrétaire d'État à la santé et aux personnes handicapées évoque, parlant de la COTOREP, un « système sans pilotage, sans orientation et sans coordination », une « juxtaposition de responsabilités administratives avec une collégialité de façade », et une égalité de traitement, « à l'évidence », non assurée². Ces remarques conduisent le rapporteur de la Mission d'évaluation et de contrôle

¹ *Ibid.*, B. Rémond, 1990.

² Cité par P. Forgues, « Le fonctionnement des COTOREP », Rapport d'information, Commission des finances, de l'économie générale et du plan, 2000.

du fonctionnement des COTOREP à conclure « la Mission d'évaluation et de contrôle est légitimement fondée à considérer que le fruit est mûr, sinon davantage »³.

Ainsi, de rapports en rapports, les dysfonctionnements de la COTOREP ont été repérés, soulignés, sans pour autant aboutir à une réforme de fond du principal dispositif conçu pour la reconnaissance et l'orientation des personnes handicapées. Le rapport P. Forgues résume ainsi le fonctionnement de cet organisme : « Absence de vision globale, moyens inégalement répartis, manque de considération pour les personnes handicapées » les COTOREP sont « des commissions qui naviguent à vue et dans le brouillard »⁴

9.1.1 Une organisation et un fonctionnement qui génèrent des inégalités

La COTOREP est le lieu central où transitent les flux de demandes des personnes handicapées. Créée lors de la loi du 30 juin 1975 dans une logique d'égalité de droit des personnes handicapées, elle se prononce sur le cas de toutes les personnes handicapées et sur tous les aspects de leur existence. De fait, la reconnaissance du statut de travailleur handicapé, l'orientation vers l'emploi (protégé ou ordinaire), l'entrée en formation professionnelle pour ce public ne peut intervenir qu'après examen par la COTOREP d'éléments médicaux et administratifs. Ce système de prise en charge génère des limitations structurelles et fonctionnelles préjudiciables aux bénéficiaires, faisant des difficultés d'accès à la formation professionnelle un thème récurrent depuis plusieurs années.

Comme on l'a vu précédemment, les COTOREP sont implantées dans chaque département⁵. Elles disposent depuis les années 1990 d'un système d'informatisation des traitements administratifs (ITAC) qui est à l'origine des informations statistiques présentées dans cette étude. Il faut noter que, du fait de l'entrée en vigueur de la loi du 11 février 2005, cette organisation doit être modifiée en 2006 :

Les Commissions des Droits et de l'autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) se substitueront, dès janvier 2006, aux actuelles CDES et COTOREP dans chaque département. Leur champ de compétence reprend ceux des structures actuelles et s'étend à l'accompagnement des personnes âgées de plus de 60 ans hébergées dans des structures pour personnes handicapées adultes (décret à paraître). Leurs décisions seront prises sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire et des projets exprimés par la personne. En amont de ces commissions sont créées les Maisons Départementales des Personnes Handicapées, « guichets uniques » exerçant une mis-

³ *Ibid.*, P. Forgues, 2000, p. 11.

⁴ *Ibid.* P. Forgues, 2000, p. 14.

⁵ Le département du Nord compte deux COTOREP Lille et Valenciennes ainsi qu'une implantée dans le TOM de Saint-Pierre et Miquelon. On compte au total 102 COTOREP.

sion d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées. La maison départementale aide la personne à élaborer son projet et elle peut aussi faciliter la mise en œuvre des décisions prises par la nouvelle CDAPH dont elle met en place l'équipe pluridisciplinaire et organise son fonctionnement.

Les COTOREP sont placées sous la double tutelle de la DDTEFP et de la DDASS. Elles statuent sur treize types de demandes : six concernent des mesures relatives au travail, et sept des mesures sont de nature sociale, dont trois allocations, une mesure de placement en établissement médico-social, deux types de cartes (invalidité et stationnement), et un avantage concernant la personne aidante. La plupart des mesures, notamment celles liées au travail, cessent à 60 ans. À partir de cet âge, les COTOREP ne statuent plus que sur les cartes d'invalidité et européenne de stationnement. L'orientation des travailleurs handicapés à la sortie des instituts médico-éducatifs ou lors de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, ainsi que les passages du secteur protégé au secteur ordinaire ou inversement, relèvent des COTOREP. Dans plusieurs départements, des partenaires supplémentaires sont associés aux décisions : il est fait appel à la CDES (commission départementale d'éducation spéciale), chargée de l'orientation scolaire aux acteurs concernés en aval par l'insertion en milieu ordinaire (ANPE, Cap Emploi, foyers de jeunes travailleurs, associations, assistantes sociales), parfois aux comités techniques des établissements dont dépendent les personnes à orienter. Dans certains départements, des bilans médicaux ou psycho-sociaux sont établis⁶. Selon le type de demandes, ces dernières sont traitées par l'un des deux sections qui composent la COTOREP.

Section 1 Tutelle DDTEFP Gère les mesures relatives au travail	Section 2 Tutelle DDASS Gère les mesures relatives à l'environnement social
<i>Fusion des deux sections depuis 2002</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - La reconnaissance travailleur handicapé - L'orientation professionnelle - L'abattement de salaire - La subvention d'installation - Les primes de fin de stage - L'orientation vers les emplois de la fonction publique 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Les cartes</u> : carte nationale d'invalidité, carte européenne de stationnement - <u>Les allocations</u> : allocation au adultes handicapés (AHH) ; l'allocation compensatrice pour tierce personne, allocation compensatrice pour frais professionnels ; dans de rares cas la COTOREP peut décider d'une allocation logement et, le cas échéant de l'affiliation à l'assurance vieillesse pour la personne aidante. - <u>Le placement en établissements spécialisés</u>

⁶ Cours des comptes, 2003, *op. cit.*, p. 117.

Il résulte de cette organisation dyarchique des pratiques marquées par l'impossibilité de faire travailler ensemble les deux administrations⁷ pourtant regroupées en un seul ministère depuis 1997. Le fonctionnement en deux sections des COTOREP les empêchait d'avoir une vue globale de la personne handicapée et conduisait à une logique binaire : l'assistance ou l'insertion professionnelle. Afin de compenser la rupture dans le suivi des dossiers entre les deux sections de la COTOREP et le manque de cohérence entre les décisions souvent prises sur dossiers et la prise en compte des besoins réels de la personne handicapée, en 2002 deux circulaires du 27 février 2002⁸, cosignées par la ministre de l'Emploi et de la Solidarité et par la ministre Déléguée à la Famille et aux personnes handicapées, modifient ce fonctionnement en fusionnant les deux sections pour : permettre une approche globale et cohérente de la personne via l'évaluation de ses potentialités et incapacités ; évaluer le handicap selon une approche médicale identique à l'ensemble des COTOREP. À cette fin, la première circulaire prévoit la fusion des sections des COTOREP et leur co-pilotage par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales et celles de l'emploi, du travail et de la formation professionnelle ; la seconde circulaire porte sur les modalités de l'évaluation médicale et sur les rôles des médecins appelés à intervenir.

Le secrétariat de la COTOREP, qui assure la gestion administrative des demandes et le fonctionnement des équipes techniques et des commissions mais aussi l'accueil et l'information des usagers, doit être organisé de manière unifiée. Les agents mis à disposition doivent être capables de traiter indifféremment des diverses demandes présentées par l'utilisateur « de façon intégrée et polyvalente », souligne la circulaire. En outre, un agent instructeur doit être désigné comme chargé du suivi du dossier de l'usage, dès l'accusé de réception de la demande. Quant à l'équipe technique, appelée à examiner dans sa globalité la situation d'une personne s'adressant à la COTOREP, elle devra désormais être unique. Pluridisciplinaire, cette équipe comprendra notamment un ou plusieurs médecins, un assistant de service social, un psychologue, un conseiller pour l'emploi. Un premier bilan de l'expérience de fusion des deux sections de COTOREP conduite dans 4 départements pilotes semble positif, notamment du point de vue de la coopération entre les différents servi-

⁷ Cette dyarchie se reproduit tant à l'échelon central où le phénomène est compliqué par l'intervention de huit directions d'administration centrale (quatre côté emploi : DGEFP, DAGEMO (Direction de l'administration générale et de la modernisation des services), DRT (Direction des relations au travail), DARES ; quatre côté solidarité : DAS, DAGPB (Direction de l'administration générale du personnel et du budget), DSS (Direction de la sécurité sociale), DREES ; qu'à l'échelon déconcentré (DDTEFP et DDASS), même si, dans la pratique, c'est généralement le directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle qui dirige effectivement la COTOREP

⁸ Circulaires n°2002/113 DGEFP-DGAS-DAGEMO-DAGPB-DRT et n° 2002/114 DGEFP-DGAS-DAGEMO-DAGPB du 27 février 2002. D'un point de vue pratique, la fusion des deux sections de la COTOREP c'est un secrétariat unifié, une équipe technique unifiée et pluridisciplinaire, toujours deux pilotes : DDTEFP et DDASS, une convention transmise au préfet, et portant par exemple sur : l'amélioration de l'accueil, la réduction des délais de traitement des demandes, la mise en place d'une coordination médicale. Liaisons sociales quotidien - Bref Social n°13605 - jeudi 14 mars 2002 ; Actualités Sociales Hebdomadaires - 1er mars 2002-n°225

ces et acteurs représentés au sein des COTOREP. Reste le problème des moyens, notamment humains, des commissions : ainsi, seuls 34 postes de médecins coordonnateurs sur 43 financés sont pourvus, attestant du manque d'attractivité de ces fonctions, malgré une revalorisation récente de leur rémunération.

➤ *L'amont de l'orientation : accéder à la COTOREP*

Les limitations du dispositif d'orientation sont particulièrement présentes au début du parcours d'insertion. L'origine du handicap induit un itinéraire spécifique : il faut parfois plusieurs tentatives accompagnées de réorientations avant de rencontrer le bon interlocuteur et faire en sorte que l'information parvienne à l'organisme compétent pour l'instruction du dossier. Les acteurs susceptibles de déclencher le processus de prise en charge par l'organisme adéquat sont généralement le médecin du travail, traitant ou conseil. Chacun de ces professionnels a une connaissance plus ou moins approfondie du réseau d'acteurs impliqués dans le processus de reconnaissance du handicap, et par conséquent est susceptible de l'activer avec une plus ou moins grande efficacité. Si les médecins du travail ou conseil ont une connaissance de la législation qui leur permet, le cas échéant, d'orienter le salarié vers un organisme spécialisé dans la gestion des personnes handicapées (services sociaux, EPSR, secrétariat de COTOREP, etc.), ce n'est pas toujours le cas des médecins traitants. Ces derniers, tout en étant au fait de la dégradation de l'état de santé d'un de leur patient, ne sont pas toujours à même de le mettre en relation avec l'organisme susceptible de l'accompagner dans une démarche de reconnaissance de travailleur handicapé. Qu'il s'agisse des personnes concernées ou des professionnels qui assureront le relais auprès de l'organisme concerné, la lisibilité du système de prise en charge n'est pas toujours suffisante pour permettre une orientation aisée de la personne. La mise en place des Maisons départementales du handicap prévues par la loi du 11 février 2005 ont pour vocation de faciliter l'accès des usagers aux différentes démarches qu'ils peuvent être amenés à réaliser.

➤ *Un dossier administratif qui entretient la confusion*

L'orientation d'une personne handicapée s'inscrit dans une procédure qui comprend une demande à remplir à partir d'un formulaire type à transmettre au secrétariat de la COTOREP. L'un des constats qui émane de ces secrétariats est le nombre important de demandes invalides qui leur parviennent. Ce nombre élevé est en lien avec le formulaire à remplir qui propose à l'utilisateur l'ensemble des demandes que peut traiter la COTOREP (qu'il s'agisse d'une demande d'orientation ou de carte) et qui, faute d'une information initiale, coche l'ensemble des cases. En l'absence d'une information initiale, la future personne handicapée peut demander, sans le savoir, des reconnaissances contradictoires : le cas de figure le plus fréquent étant la demande d'une formation professionnelle et une de-

mande d'AAH. La première demande suppose que la personne a une capacité de travail lui permettant d'exercer une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail ou en atelier protégé, la seconde suppose qu'une telle capacité de travail n'est pas reconnue.

De plus, certains dossiers sont mieux renseignés que d'autres : si certaines personnes handicapées bénéficient d'un suivi par un travailleur social pendant leur arrêt de travail, ce n'est pas le cas d'autres. Dans ce dernier cas, l'équipe technique de la COTOREP ne dispose que de peu d'informations pour pouvoir statuer dans des conditions suffisantes sur l'orientation de cette personne et prononce des orientations par défaut. De nombreux PDITH ont initié, en collaboration avec leur COTOREP, une série d'actions visant à informer préalablement les usagers avant qu'ils ne transmettent leur demande d'orientation⁹. Ce type d'action a permis d'améliorer la qualité des dossiers de demande et a permis aux COTOREP de statuer plus rapidement sur le devenir de ces personnes handicapées.

➤ *Un accueil et un suivi des dossiers inégal*

L'un des points faible des COTOREP concerne l'accueil des personnes handicapées et de leur famille jugé insuffisant (l'absence d'entretien individuel reste notamment trop souvent la règle). Le rapport Carcenac – commandité en 1993 par le Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés – rappelait les trois grandes fonctions de la COTOREP : une fonction centrale de production de décision ; deux fonctions d'appui : l'accueil et l'information de l'usager, l'orientation et l'aide à l'insertion. Dans plusieurs d'entre elles, des dysfonctionnements étaient relevés : délais de traitement des dossiers trop importants¹⁰, organisation peu performante du secrétariat et de l'équipe technique. Suite à ce rapport, le Ministère fixait en 1994 un délai d'instruction des dossiers de trois mois (pour une reconnaissance de qualité de travailleur handicapé, une demande d'AAH ou de carte d'invalidité) ou six mois (pour une demande d'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne ou une orientation reclassement professionnel). Quelques années plus tard, le bilan de l'activité des COTOREP, publié en 2000 par la DREES, faisait état d'un stock de dossiers en attente représentant un an d'activité. La lenteur du traitement administratif peut avoir des conséquences lourdes pour les futurs travailleurs handicapés. En effet, un dossier est examiné – lorsque l'état de santé de la personne est stabilisé¹¹ – en équipe technique, puis en commission. Dans cette procédure, l'inscription au chômage fait

⁹ Lors de cette information, certaines COTOREP étendent l'information aux dispositifs de droit commun auxquels peut s'adresser la personne handicapée.

¹⁰ Les délais de traitement des dossiers en première section varient de plus de 6 mois (60 COTOREP) à plus d'un an (5 COTOREP) jusqu'à plus de 20 mois (1 COTOREP), Dossier de proposition de la section permanente du Conseil supérieur de reclassement, février 1997.

¹¹ Dès que le médecin conseil signifie que la personne est stabilisée, elle n'est plus en arrêt maladie et ne perçoit donc plus d'indemnités journalières. Si elle est reconnue apte à occuper un emploi, elle doit alors s'inscrire à l'ANPE comme demandeur d'emploi et bascule sur le régime des Assedics.

suite à la fin des indemnités journalières et, si la COTOREP met trop de temps à traiter une demande, la personne peut avoir épuisé ses droits à l'allocation de chômage au moment où la COTOREP statue sur son orientation. Par ailleurs, comme le souligne M. Bernard, directeur général de l'ANPE, lors de son audition par la Mission : « Après [l'accueil des demandeurs d'emploi], le processus s'enclenche. Puis, comme je l'indiquais à l'instant, celui-ci nous échappe un peu, car il est de nature administrative. Il s'ensuit que la relation personnalisée, celle qui donne le plus de chances à un demandeur d'emploi de retrouver du travail, se distend pendant la période d'instruction du dossier. On se retrouve alors dans une espèce de période d'attente extrêmement préjudiciable. »¹²

Si elles sont légitimement attachées à leur représentation au sein des COTOREP par l'intermédiaire de leurs associations, les personnes handicapées supportent cependant directement des dysfonctionnements des COTOREP. L'extrême variété des pratiques des COTOREP se constate par les inégalités de traitement aux différentes étapes des procédures dont les COTOREP sont en charge. Pour ne citer que l'exemple des modalités d'instructions, la Cour des comptes soulignait : « les modalités d'instruction varient d'une COTOREP à l'autre, l'avis médical étant toujours déterminant dans la phase d'instruction. Cet avis intervient soit directement avant saisine de l'équipe technique, soit au sein même de l'équipe technique. Au vu de cet avis, l'examen se fait soit sur pièces, soit après une convocation du demandeur à une visite médicale au sein de la COTOREP, soit après une demande de complément d'information auprès du médecin traitant, soit enfin après une demande d'expertise médicale auprès de médecins spécialistes. »¹³

Au final, les COTOREP manquent d'informations susceptibles en amont, de les éclairer sur leurs décisions et en aval de mesurer les incidences de ces décisions¹⁴.

9.1.2 Être reconnu travailleur handicapé : une possibilité variable selon les départements¹⁵

L'expression *travailleur handicapé* ne recouvre pas l'ensemble de la sous population constituée par les personnes handicapées. Devenir travailleur handicapé ne peut arriver qu'à partir de 16 ans. Cette appellation est une catégorie administrative établie en relation avec les capacités d'intégration professionnelle de la personne handicapée. L'appréciation de cette capacité dépend d'un groupe d'experts dans le cadre d'une commission spécifique : la COTOREP (commission technique d'orientation et de reclassement professionnel).

¹² P. Forgues, 2000, *op. cit.*, p. 36.

¹³ *Ibid.*, cité par P. Forgues, 2000, p. 35.

¹⁴ *Ibid.*, P. Forgues, 2000, p. 15.

¹⁵ J.-M. Chenut et J. Paviot, « L'activité des COTOREP en 2001 », DREES, *Série statistiques* n°42, décembre 2002, p. 17.

Comme on l'a vu, est travailleur handicapé 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. Les personnes handicapées dont le taux d'incapacité est inférieur à 80 % peuvent être reconnues travailleur handicapé. Celles dont le taux est supérieur à 80 % sont légalement exonérées de travailler. Quel que soit le régime, faire reconnaître son handicap est une démarche personnelle et facultative. Par ailleurs, ces modes de reconnaissance ne sont pas exclusifs : il est par exemple possible d'être reconnu handicapé par la Sécurité sociale au titre d'un accident du travail et parallèlement d'obtenir une RQTH de la COTOREP.

La RQTH permet à une personne handicapée d'être bénéficiaire de la loi du 10 juillet 1987 qui fait obligation aux établissements de 20 salariés et plus d'employer des travailleurs handicapés à hauteur de 6 % de leur effectif assujetti. En dessous d'un certain seuil d'incapacité, la COTOREP peut refuser une RQTH à un demandeur en estimant qu'il a une « aptitude normale au travail ». Au-delà, la COTOREP accorde une RQTH à 3 niveaux : « A » pour un handicap qualifié de faible, « B » pour un handicap modéré, et « C » pour un handicap grave. Les accords dans les catégories A, B et C seront considérés comme des décisions favorables car elles permettent d'accéder à l'emploi en milieu ordinaire. Les décisions concernant la RQTH donnent une image en flux de cette population, notamment au travers des premières demandes.

➤ *Une sous-population en constante qui augmente régulièrement*

L'INSEE estime à 61 984 000 la population de la France entière au 01/01/2004 ; sur cette base, environ 1,2 % de la population a déposé une demande en COTOREP dont un peu plus de la moitié seraient de nouveaux handicapés (premières demandes).

CHIFFRES-CLÉS 2003¹⁶

- Une activité en croissance constante, multipliée par 2,2 entre 1992 et 2003 (Source DREES) ; notamment, les nombres de décisions et, encore plus, d'accords de reconnaissance du handicap sont en croissance récurrente.
- 757 714 personnes ont déposé 1 577 296 demandes (+ 5,3 % en un an)
- 309 433 personnes (0,5 % de la population française) ont demandé la reconnaissance d'un handicap (RQTH)
- 251 719 personnes, dont 132 161 (premières demandes¹⁷), ont obtenu un accord de RQTH
- + 7,6 % : augmentation moyenne annuelle du nombre d'accords de RQTH entre 1996 et 2003.

En 2003, les COTOREP ont reçu 309 433 demandes de RQTH et prononcé 299 732 décisions dont 161 536 correspondant à des premières demandes¹⁸ (53,9 % de l'ensemble). La part des premières demandes diminue lentement, de l'ordre d'un point par an, mais régulièrement : de 61 % en 1996 elle descend à 53 % en 2003. Le nombre de décisions favorables prononcées par les COTOREP¹⁹ augmente chaque année, mais sur un rythme irrégulier. Entre 1996 et 2003, la croissance moyenne annuelle est de + 7,6 %. Sur la période 2001-2003, le nombre de décisions augmente plus (+ 6,8 %) que le nombre de refus (+ 3,5%) ; entre 2002 et 2003 ce dernier diminue même de 3,5 %. La dernière étude de la DREES consacrée à l'activité des COTOREP en 2003²⁰ estime à 1 180 000 le nombre de personnes ayant une RQTH en cours de validité au 31 décembre 2003, soit 1,9 % de la population française au 1^{er} janvier 2004.

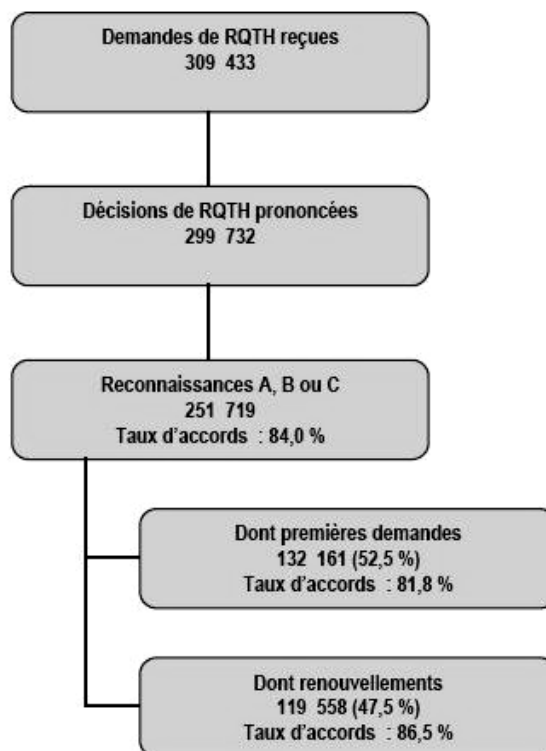
¹⁶ AGEFIPH, *Atlas national 2005, op. cit.* Il faut cependant noter que ce n'est que récemment que les COTOREP ont été équipées d'un logiciel permettant de suivre leur activité : Informatisation des traitements administratifs des COTOREP (ITAC), mis en place progressivement à la fin des années 1980 et contenant toutes les informations relatives nécessaires à la gestion de l'instruction de la demande. On ne dispose donc que de données récentes sur leur activité.

¹⁷ Toute décision COTOREP est prise pour une durée limitée. Ce caractère temporaire de la décision (positive ou négative) amène à distinguer deux situations : les premières demandes émanent de personnes contactant pour la première fois la COTOREP. Elles sont censées refléter le flux de nouveaux travailleurs handicapés. Les renouvellements correspondent au réexamen d'une décision antérieure dont la durée de validité a expiré. Elles ne seraient qu'une image partielle du « stock ».

¹⁸ La part des premières demandes est évaluée sur la base des décisions de reconnaissance, la distinction 1^{ère} demande/renouvellement n'existant pas au niveau des demandes elles-mêmes.

¹⁹ Décisions de RQTH hors refus et sursis.

²⁰ J.-M. Chanut et P. Grollemund, « L'activité des COTOREP en 2003 », DREES – Coll. Série Études et Résultats N°363, 2004. Pour en savoir plus [http://www.sante.gouv.fr/drees/Document er363.pdf](http://www.sante.gouv.fr/drees/Document%20er363.pdf)

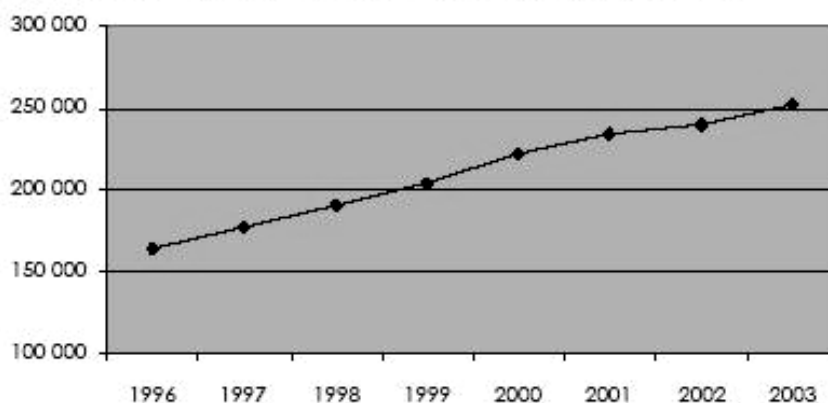


Source : Atlas national 2005 de l'emploi des personnes handicapées, Agefiph

On constate une croissance continue du nombre de décisions et d'accords (depuis 1996, le nombre d'accords a progressé de 7,8 % en catégorie B, 5,5 % en catégorie A et 4,2 % en catégorie C). La part des premières demandes diminue légèrement et le taux d'accords augmente sur la période.

Des demandes en constante augmentation²¹ :

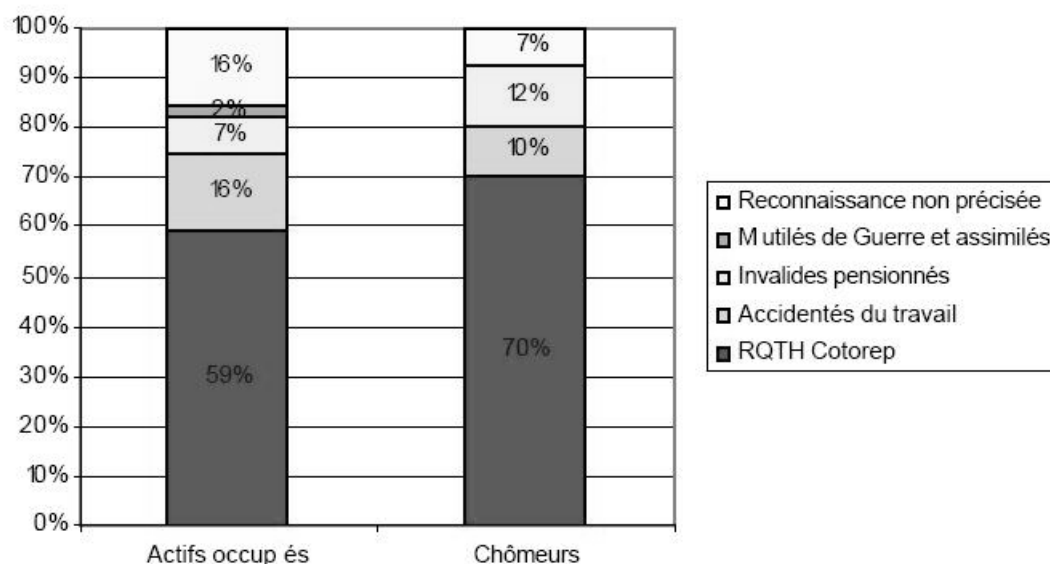
Évolution du nombre de décisions RQTH favorables



Deux phénomènes cumulatifs contribuent à l'accroissement du nombre de personnes reconnues handicapées : le nombre de demandes et le taux d'accords de reconnaissance qui augmentent d'année en année. Ces constats mènent à une question : le nombre de personnes âgées de 20 à 59 ans et subissant une restriction de leurs capacités augmente-t-il réellement dans la population française ou bien les personnes ayant une incapacité la font-elles plus souvent reconnaître que par le passé ? Quelle que soit la situation professionnelle de la personne, cette reconnaissance a en effet des incidences importantes :

- Salariée, si elle n'était pas identifiée handicapée, son employeur peut désormais la compter comme telle sur sa déclaration obligatoire d'emploi de travailleurs handicapés et diminuer ainsi sa contribution à l'AGEFIPH.
- Au chômage (surtout après des mois de recherches infructueuses) la reconnaissance, éventuellement initialement non souhaitée par la personne, lui permet de bénéficier de mesures d'aides à l'insertion voire d'aides financières. Elle devient alors public prioritaire pour les mesures gérées par l'ANPE et peut bénéficier d'un suivi par organisme spécialisé dans l'insertion des personnes handicapées.

L'enquête HID montre une majorité des origines de la reconnaissance du handicap par la COTOREP (59 % pour les personnes handicapées en emploi et 70 % pour les chômeurs). Les autres régimes sont relativement surreprésentés pour les travailleurs handicapés occupant un emploi²².

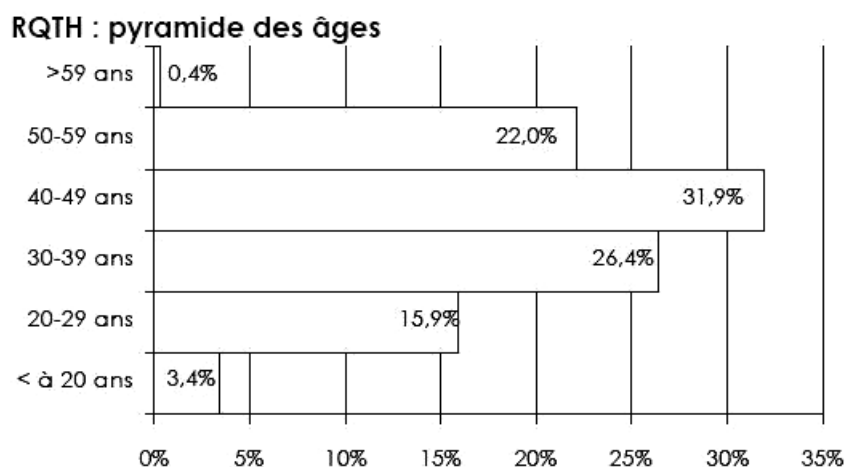


²¹ Atlas national 2005 de l'emploi des personnes handicapées, AGEFIPH.

➤ *Les reconnaissances différemment accordées selon le genre et l'âge*

Qu'il s'agisse de premières demandes ou, comme sur le graphique, de l'ensemble des reconnaissances décisionnées, la répartition par classes d'âges est similaire pour les hommes et les femmes²³.

Source : Atlas national 2005 de l'emploi des personnes handicapées, Agefiph



La catégorie de décision diffère par contre selon le genre : les femmes sont plus fréquemment que les hommes reconnues en catégorie A et moins souvent en catégorie C, et ce pour toutes les tranches d'âges. Elles sont donc, a priori, moins gravement handicapées, probablement grâce à leur forte présence dans des métiers à moindre risque (tertiaire bureau, entre autres) et à leur quasi absence du bâtiment, secteur d'activité nettement plus pathogène.

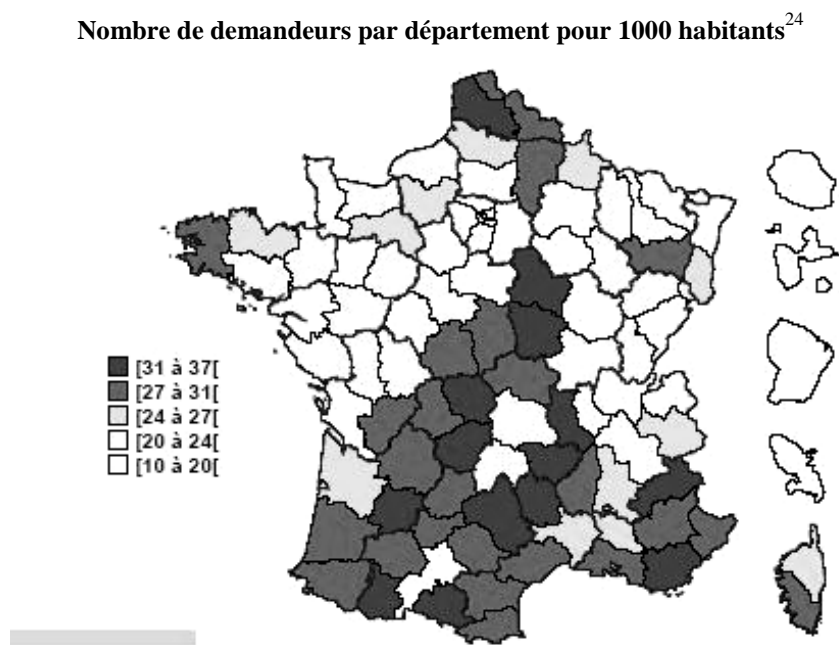
➤ *Une répartition des demandeurs inégale selon les départements*

Rapporté à la population âgée de 20 à 59 ans on compte 22,7 demandeurs (tous types de demandes) pour 1 000 habitants, mais ce ratio est très variable d'un département à l'autre : de 10 en Guyane à 36,2 dans la Loire. Si le nombre total des demandes adressées aux COTOREP pour mille habitants de 20 à 59 ans varie selon les départements de 22

²² M. Amar et S Amira, « Quel accès à l'emploi en milieu ordinaire pour les travailleurs handicapés ? », in *Handicaps-Incapacités-Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES, Série études n°16, 2001, p. 7-16.

²³ Pour mémoire, données Femmes/Hommes : 3,2%/3,6% - 15,4%/16,3% - 25,4%/27,0% - 33,2%/30,9% - 22,4%/21,8% - 0,3%/0,4%.

(Réunion) à 72 (Loire). Seul le taux d'actif de 40 ans et plus (variation de 36 à 54 %) explique un part importante de ces variations départementales.

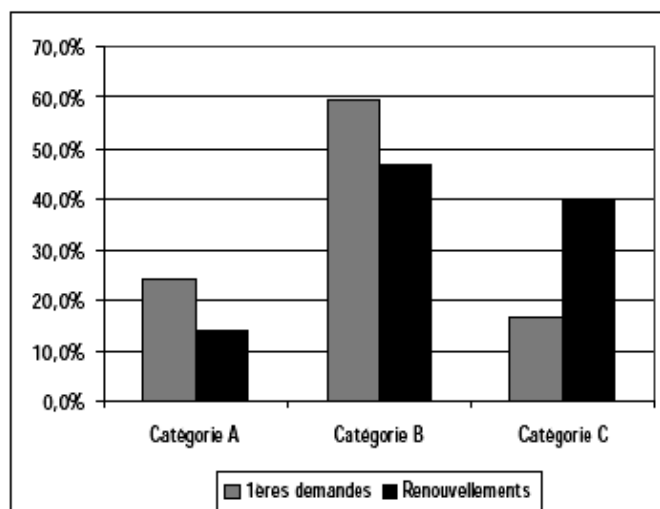


Pour la plupart des modèles étudiés, d'une part l'âge des actifs et d'autre part la proportion d'emplois dans des secteurs d'activité particuliers, influent sur le poids du handicap. Ces deux variables, non corrélées entre elles vont jouer des rôles alternatifs ou conjoints. Ainsi, le poids du handicap s'expliquera plus par le poids de la population active âgée en PACA ou en Languedoc Roussillon, par celui des secteurs professionnels très ouvriers en Alsace, Lorraine ou Pas-de-Calais pour lesquels la population active est relativement plus jeune, par l'effet conjoint des deux caractéristiques en Auvergne, Limousin ou Bourgogne.

➤ *Des inégalités de reconnaissance du handicap*

Toutes demandes confondues, plus de la moitié des handicaps sont reconnus comme modérés (catégorie B), un sur cinq est léger (catégorie A) et plus d'un sur quatre est grave.

²⁴ Atlas national 2005 de l'emploi des personnes handicapées, AGEFIPH.

Structure de la reconnaissance de travailleur handicapé²⁵

Les inégalités territoriales apparaissent dans la répartition des travailleurs handicapés dans les trois catégories : la part des reconnaissances en catégorie C varie de 1 à 30 selon le département (La Lozère et la Nièvre présentent les ratios les plus élevés). Outre le Lot et la Manche, le phénomène suit une diagonale nord-ouest / sud-est, du Morbihan au Rhône. La plupart des départements de la côte méditerranéenne, qui figurent parmi les forts taux de RQTH, ont un moindre niveau de gravité des handicaps reconnus²⁶. On verra un peu plus loin comment l'offre de service (établissements spécialisés) inégale selon les départements influe elle aussi sur les orientations COTOREP.

9.2 AMELIORER L'ACCES A LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Au moment du vote de la loi de 1987, le rôle central de la COTOREP dans l'orientation professionnelle des travailleurs handicapés est de plus en plus contesté par de nombreux opérateurs de l'insertion qui lui reprochent – faute de n'avoir pas suivi l'évolution des problématiques liées aux transformations de l'organisation du travail (émergence de nouveaux métiers et disparitions d'autres, recherche de flexibilité...) – un mode de fonctionnement inadapté aux nouvelles conditions d'accès à l'emploi. La COTOREP n'est plus perçue comme l'organisme à même de répondre, pour une partie du public handicapé, aux nouvelles exigences d'une insertion professionnelle se définissant en termes de parcours individuels.

²⁵ J.-M. Chenut et J. Paviot, 2002, *op. cit.*, p. 21.

²⁶ AGEFIPH, *Atlas national 2005, op. cit.*

9.2.1 La mise en cause des pratiques d'orientation professionnelle des COTOREP²⁷

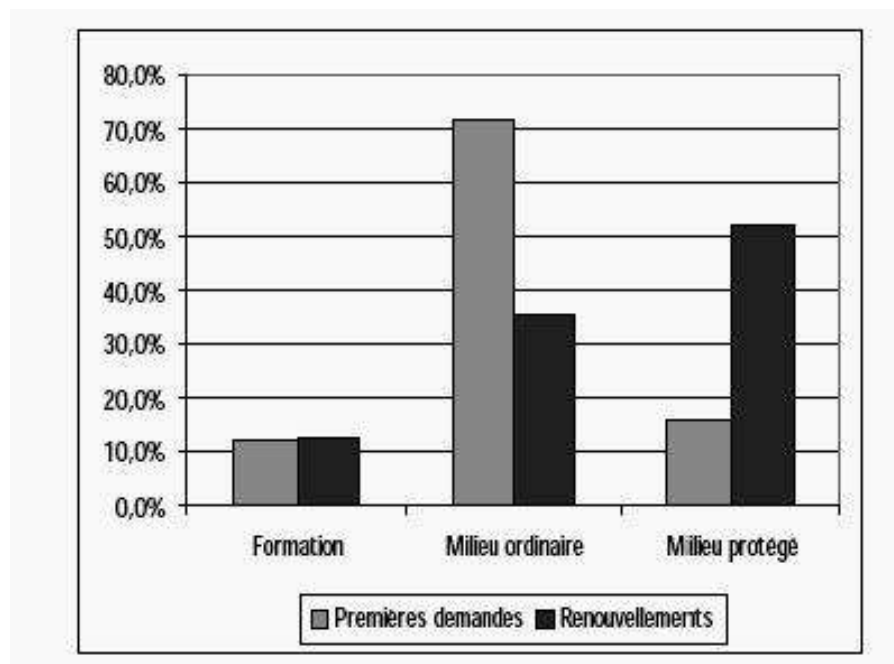
Les COTOREP représentent le point focal dans le processus d'orientation des travailleurs handicapés mais leur fonctionnement est marqué par plusieurs décennies de pratiques des équipes techniques qui, malgré la présence d'un représentant de l'ANPE, ignorent très souvent les possibilités que peuvent apporter les mesures de droit commun dans la construction des parcours d'insertion. Dès le début de leur activité les COTOREP ont identifié quelques catégories administratives pour être en mesure de statuer sur chaque dossier : insertion en milieu protégé ou ordinaire (dans ce dernier cas, à l'ANPE ou aux organismes d'insertion d'assurer l'accès des travailleurs handicapés aux mesures ouvertes aux demandeurs d'emploi) ou bien encore une formation professionnelle dans des organismes spécialisés.

➤ *Des pratiques d'orientation inadaptées à la gestion des parcours d'insertion*

Avec le développement du chômage de longue durée et le recours à la construction de parcours individualisés d'insertion, ces pratiques d'orientation se sont avérées inadaptées. En 1987, 60 % des personnes handicapées orientées par les COTOREP vers le milieu ordinaire ont un niveau de formation ne dépassant pas le certificat d'études primaires. Il s'agit de personnes ne pouvant plus exercer leur métier pour raison médicale et pour lesquels l'accès à une nouvelle qualification constitue un atout pour une reconversion professionnelle.

Des constats récurrents montrent que les pratiques des COTOREP ne permettent pas une gestion efficace des orientations professionnelles des personnes handicapées. L'absence d'une logique favorisant la construction de parcours individuels de formation est entravée par la rigidité induite par le logiciel ITAC qui fige les décisions des COTOREP dans un cadre strict répartissant les travailleurs handicapés selon trois modalités : centre de rééducation professionnelle, milieu ordinaire ou milieu protégé. De plus, ce logiciel ne permet pas le suivi de cohortes ou de prononcer des décisions d'orientation plus claires : en particulier, malgré les injonctions faites par le ministère du Travail pour que les mesures de droit commun soient parties intégrantes du processus d'insertion, elles n'apparaissent pas dans le logiciel. De fait, il devient difficile pour les professionnels de prononcer des décisions autres que celles proposées par le logiciel.

²⁷ Les COTOREP disposent d'un système de gestion informatisé dénommé ITAC (Informatisation des Traitements Administratifs des COTOREP), mis en place progressivement à la fin des années 1980 et contenant toutes les informations relatives à la gestion de la demande. Au début de l'année 2002, les équipes informatiques régionales, chargées de la gestion d'ITAC, ont extrait une sélection de fichiers informatiques de toutes les COTOREP (à l'exception de celle de Saint-Pierre et Miquelon), et les ont fait parvenir à la DREES. Les chiffres concernant l'année 2000 résultent d'une saisie de statistiques, dites ministérielles, envoyées à la DREES sous forme de listings.

Structure des orientations professionnelles²⁸

Dès 1990, B. Rémond note que « la COTOREP n'est pas un véritable outil d'exploitation des capacités de la personne en vue de bâtir avec elle un parcours de formation et d'insertion qui soit autre chose qu'un classement entre des solutions d'orientation administratives classiques. »²⁹ En 1993, P. Lechaux souligne que la COTOREP « reste marquée par une logique de reclassement professionnel dont ne relève plus aujourd'hui la situation des handicapés sur le marché du travail ; elle reste en outre l'héritière d'une approche de l'orientation de type diagnostic-pronostic inadaptée au contexte actuel (...) faisant de l'orientation un outil de rationalisation de la mise en relation des personnes avec les emplois selon une logique de type taylorien. »³⁰ La même année, le rapport d'Y. Carcenac³¹ insiste sur le fait que la COTOREP, partageant les fonctions d'orientation et d'insertion professionnelle avec d'autres institutions intervenant sur le marché du travail et de la formation, doit être en mesure de se positionner vis-à-vis des autres opérateurs intervenant dans le champ de l'insertion. Nécessité est faite pour elle de s'informer des missions et des prestations des autres acteurs, les PDITH étant identifiés comme d'éventuels outils d'aide à la décision. En quelques lignes, Y. Carcenac signifie que la question de l'orientation et du

²⁸ J.-M. Chenut et J. Paviot, 2002, *op. cit.*, p.23.

²⁹ B. Rémond, 1990, *op. cit.*

³⁰ P. Lechaux, 1993, *op.cit.*

³¹ Y. Carcenac, « Rapport sur l'activité et le fonctionnement des COTOREP » Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés, juin 1993.

type de parcours à proposer peut se jouer hors des COTOREP, bien que ces dernières en gardent le contrôle administratif (en particulier par le biais de l'attribution de la RQTH). Ainsi, non seulement la COTOREP ne permet pas d'intégrer l'ensemble des mesures pouvant contribuer à élaborer un parcours individualisé, en particulier en tenant compte de l'offre de formation de droit commun, mais elle génère des effets opposés à ceux attendus : l'accentuation du chômage des travailleurs handicapés. L'un des enjeux des COTOREP est de réussir à transformer les pratiques d'orientation telles qu'elles se sont structurées à partir de la fin des années 1950 et être en mesure de prescrire davantage de formations dans des organismes de formation de droit commun³².

➤ *Des orientations différentes selon les COTOREP*

L'autre trait récurrent des pratiques d'orientation des COTOREP vient des inégalités territoriales quant à l'orientation mises en évidence : selon le département dont dépend le traitement d'un dossier COTOREP, les résultats de l'orientation diffèrent en fonction de l'offre de service présente ou pas sur le département. Comme pour l'ensemble des décisions COTOREP, on retrouve une forte hétérogénéité des décisions d'orientation. En 1997 la section permanente du conseil supérieur du reclassement (réunion des 11 et 18 février 1997) mentionne des pratiques d'orientation variables d'une COTOREP à l'autre : celle de la Marne orientant à 73 % en milieu protégé et celle du Gard à 77 % en milieu ordinaire. Concernant la formation professionnelle 10 % des COTOREP orientent moins de 6,3 % des accords d'orientation professionnelle vers une formation, et 10 % d'entre elles en orientent plus de 22,7 %. De 20 à 39 ans, la part très constante d'orientation vers des formations se maintient au-dessus de 15 %, chute après 40 ans, puis disparaît quasiment après 50 ans. Ainsi, l'égalité des chances d'accéder à une formation professionnelle est compromise par des pratiques d'orientation différentes d'un département à l'autre.

9.2.2 Jeunes ou adultes : une offre de formation sous-dimensionnée

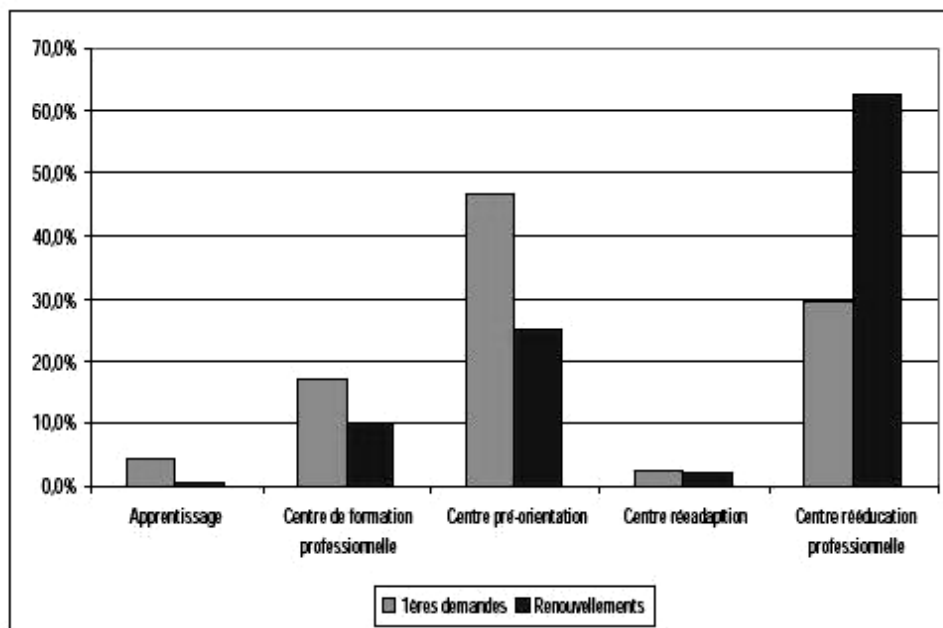
Si dans les textes la formation professionnelle des personnes handicapées repose sur des structures spécialisées (CRP³³) et l'accès aux organismes de formation de droit commun, dans les faits, les résultats concernant les décisions d'orientation en formation montrent le peu d'innovation des COTOREP dans ce secteur. Par « tradition », les COTOREP

³² Une étude réalisée par l'AGEFIPH sur le fonctionnement des schémas régionaux de la formation professionnelle sur une dizaine de régions met en évidence que les principaux prescripteurs des actions de formation en direction des centres de droits communs sont l'ANPE et les Cap Emploi. Les COTOREP ne prescrivant qu'à hauteur de 4 à 5 % sur ce type de dispositifs.

³³ Circulaire interministérielle n°3 du 12 octobre 1953, Circulaire ministérielle n°4 du 20 juillet 1954, Circulaire ministérielle n°59 du 21 juillet 1954, Décret n°61-29 du 11 janvier 1961, Arrêté du 19 février 1985.

orientent les personnes handicapées vers quatre types de dispositifs leur permettant de se former :

- *Le centre de pré-orientation* : ces centres accueillent, sur décision des COTOREP, des travailleurs reconnus handicapés dont l'orientation professionnelle présente des difficultés particulières non solutionnées. Le centre de pré-orientation a pour objectif de donner les informations et les motivations nécessaires à l'élaboration d'un projet professionnel en liaison avec les intervenants des stages, les services des psychologues de l'AFPA, l'ANPE et l'EPSR.
- *L'apprentissage* : l'âge maximum d'admission en apprentissage pour les personnes handicapées est de 25 ans (26 ans sur décision de la COTOREP), et la durée peut dépasser d'un an la durée normale de tout apprentissage. Ces aménagements peuvent porter également sur les modalités de l'apprentissage (enseignement théorique par correspondance). L'employeur recevant en formation un apprenti handicapé peut bénéficier de primes visant à compenser le manque à gagner ou les dépenses supplémentaires.
- *Les centres de rééducation professionnelle (CRP)* : ce sont des institutions médico-sociales, financées par l'assurance maladie, qui ont pour objet de dispenser une formation qualifiante aux personnes handicapées en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle soit vers le milieu de travail ordinaire, soit vers le milieu protégé. Ils concernent avant tout les personnes dont le handicap nécessite une pédagogie ou un accompagnement médico-social personnalisé. Ils proposent des formations d'une durée variant généralement entre 10 et 30 mois dans un environnement adapté. On compte aujourd'hui 87 CRP, offrant environ 10 000 places.
- *La rééducation professionnelle et la réadaptation au travail en entreprise* : la rééducation professionnelle consiste à réinsérer tout bénéficiaire de l'assurance maladie devenu inapte à exercer sa profession du fait d'une maladie ou d'un accident professionnel ou non. Le travailleur handicapé peut bénéficier d'une rééducation et réadaptation, ou d'une éducation professionnelle, soit dans un centre spécialisé public ou privé, soit dans un centre de formation professionnelle collectif ou d'entreprise, soit directement chez un employeur.



Source : « L'activité des COTOREP en 2001 », DREES, Série statistiques n°42, p. 24

Les COTOREP orientent près de 17 000 personnes vers des actions de formation et à 70 % dans des centres de rééducation professionnelle³⁴. Or ces derniers n'offrent que 6 000 à 8 000 places annuelles, ce qui génère des listes d'attentes de 6 mois à deux ans pour une entrée en formation. En 1995, l'orientation en formation professionnelle concernait 14 % (dont 80 % en CRP) des 107 500 décisions prises, et 12 % en 2001. Ainsi, les COTOREP prononcent des orientations vers un appareil de formation sous-dimensionné au regard de besoins en formation de ce public. Par ailleurs elles ont peu de recours à l'apprentissage comme voie de formation des jeunes (3 % des orientations des COTOREP en 1995)³⁵.

➤ *La formation professionnelle des jeunes : la faible part de l'apprentissage*

Comme pour l'ensemble des publics, la formation professionnelle des personnes handicapées relève pour ce qui est des jeunes (les moins de 26 ans) des compétences de la Région. Mais, force est de constater qu'en lien avec des trajectoires scolaires en établissements spécialisés (IMPRO notamment), les jeunes handicapés bénéficient rarement d'une offre de formation qualifiante.

Dans le dispositif actuel, la formation des jeunes handicapés relève de la même logique que celle des adultes. Les acteurs chargés de leur insertion étant les mêmes que ceux

³⁴ « Synthèse des journées techniques nationales sur la formation professionnelle des personnes handicapées et les schémas régionaux », Clermont-Ferrand », Bagneux, 1996, multigraphié, p. 4.

³⁵ Dossier de propositions de la Section Permanente du Conseil Supérieur de Reclassement, février 1997.

traitant de l'insertion des adultes, on constate une grande difficulté de leur part à développer une stratégie spécifique pour ce public. Leurs pratiques se poursuivent malgré leur connaissance des compétences de la Région en matière de formation professionnelle pour les jeunes depuis la loi quinquennale. La priorité faite au statut de travailleur handicapé prime dans la logique de prise en charge et renforce le caractère ségrégatif du traitement de leur insertion. En retour, il faut noter la difficulté des missions locales à identifier ce public. De plus, la recherche par les familles d'un lieu où le handicap de leur enfant sera pris en considération, n'a pas permis de développer des relations fortes entre ces deux systèmes.

La voie de l'apprentissage est peu utilisée pour professionnaliser les jeunes handicapés. Plusieurs obstacles contribuent à ce résultat : une insuffisante articulation des structures d'éducation spécialisées avec les dispositifs d'insertion et de formation du milieu ordinaire ; l'âge parfois élevé des jeunes pouvant accéder à une formation ; la nécessité d'augmenter la durée des formations et le surcoût pour l'employeur de financer des apprentis plus âgés³⁶ et sur des durées plus longues que pour les autres ; l'exigence d'une autorisation du rectorat ou de l'ingénieur général d'agronomie pour les aménagements pédagogiques et la nécessité de mettre en place un suivi particulier. S'ajoutent à ces freins la relative méconnaissance des possibilités d'orientation des jeunes vers l'apprentissage de la part des COTOREP ainsi que le peu d'investissement des organismes de placement qui hésitent à mettre en œuvre des montages administratifs – qui leur apparaissent plus complexes car moins fréquemment utilisés – que pour un autre type de placement. Au final, un jeune handicapé a de fortes « chances » d'être orienté vers un établissement spécialisé. Les orientations vers des formations professionnelles par le biais de l'apprentissage ont encore un caractère expérimental dans de nombreuses régions.

➤ *La formation professionnelle des adultes : une offre sous-dimensionnée*

Un constat ancien et récurrent accompagne l'évaluation des demandeurs d'emploi handicapés : leur faible niveau de formation. Ce faible niveau de formation est renforcé par la part minoritaire des orientations professionnelles des COTOREP en formation qualifiante : elles ne représentaient que 14 % des 107 000 décisions d'orientation en 1995³⁷.

L'offre de formation professionnelle pour les personnes handicapées est historiquement portée par les CRP. Depuis plus de 15 ans, ils font l'objet de critiques³⁸ sans pour autant que leur situation se soit améliorée : ils offrent trop souvent des formations ancien-

³⁶ En apprentissage, le montant du salaire versé par l'employeur est calculé en fonction de l'âge de l'apprenti (un apprenti âgé de 16 ans perçoit un salaire inférieur à un apprenti âgé de 20 ans).

³⁷ Dossier de propositions, Section permanente du Conseil supérieur de reclassement, réunions des 11 et 18 février 1997.

³⁸ Voir à ce propos les commentaires des rapports de la Cour des comptes de 1993 et aux conclusions de la récente mission d'étude en vue de la révision de la loi d'orientation (avril 2002).

nes et inadaptées au monde du travail ; ils présentent des capacités d'accueil insuffisantes, ce qui provoque d'interminables listes d'attente ; leur répartition géographique demeure très inégale (l'offre de formation est bâtie sur une logique nationale) ; ils ne font l'objet d'aucune évaluation approfondie et peuvent contribuer à une médicalisation excessive de la réadaptation professionnelle. Dans le même temps, Les limites des dispositifs spécialisés ne sont pas compensées par l'ouverture des dispositifs « ordinaires ».

9.2.3 Diversifier l'offre de formation : utiliser les ressources du droit commun

La nécessité d'équilibrer la couverture régionale en développant l'accès à l'offre de formation de droit commun pour les personnes handicapées a constitué la principale piste pour répondre au besoin de formation de ce public qu'il s'agisse de l'apprentissage, de l'alternance, des formations pré-qualifiantes, des parcours individualisés ou de formations non qualifiantes. Les limitations inhérentes au dispositif de formation spécialisé (qui constitue le principal instrument de formation pour les personnes handicapées)³⁹ et l'augmentation des besoins dans ce domaine⁴⁰ ont fait l'objet d'une problématique traitée conjointement par le ministère du Travail et l'AGEFIPH. Deux démarches complémentaires ont été lancées en 1992, l'une à l'initiative de l'État et l'autre de l'AGEFIPH. L'objectif était d'élargir l'offre de formation, au delà des centres de rééducation professionnelle et de l'AFPA, en ouvrant le dispositif de formation de droit commun aux personnes handicapées afin de répondre aux contraintes de proximité, de relation avec le bassin d'emploi et de rapidité qui font défaut au dispositif de rééducation professionnelle.

➤ *Convention État-AFPA de 1991*

Une convention et un contrat de progrès entre le ministère du Travail et l'AFPA⁴¹ visait à la mise en accessibilité des centres (particulièrement dans les départements dépourvus de CRP), pour augmenter l'accueil des stagiaires handicapés en formation. Cependant, les objectifs fixés (1 000 parcours individuels et l'accueil de 4 000 stagiaires entrant annuellement dans les formations AFPA à partir de 1994) ne seront pas atteints : la part des personnes handicapées représente 1,5 % de l'ensemble des stagiaires accueillis par l'AFPA.

³⁹ « Les seules COTOREP orientent près de 17 000 personnes vers des actions de formation et à 70% dans des centres de rééducation professionnelle. Or ces derniers n'offrent que 6 000 à 8 000 places annuelles. De son côté, l'AFPA offre environ 2 000 places », in « Synthèse des journées techniques nationales sur la formation professionnelle des personnes handicapées et les schémas régionaux – Clermont-Ferrand », Bagnex, doc. Multipgraphié, 1996, p. 4.

⁴⁰ Entre 1987 et 1991 le nombre de RQTH a augmenté de 50 % et 80 % des demandeurs d'emploi travailleur handicapé a un niveau inférieur ou égal à un niveau V, c'est-à-dire inférieur à un CAP ou un BEP.

⁴¹ Inscrite dans la logique du plan emploi adopté par le Conseil des ministres le 10 avril 1991 qui prévoyait d'impliquer plus étroitement, parallèlement aux organismes de formation professionnelle spécialisés, les dispositifs de formation de droit commun.

Ces résultats peuvent s'expliquer par une orientation préférentiellement effectuée vers les CRP par les COTOREP, le peu de lisibilité qu'ont les acteurs des possibilités de formation en milieu ordinaire. Enfin, il faut évoquer aussi la réticence des formateurs de l'AFPA pour qui l'accueil de ce public représente un surcoût de travail (l'adaptation des supports pédagogiques pour certains stagiaires, bien que réalisée par des spécialistes, nécessitait de la part des formateurs un investissement pour adapter leur pédagogie) et de dépasser leur propre représentation vis-à-vis du handicap.

➤ *La mise en place des schémas régionaux de formation des personnes handicapées*

Dans le même temps, L'AGEFIPH a lancé un programme exceptionnel le *schéma régional de la formation des personnes handicapées* ayant pour objectif l'augmentation du niveau de qualification des personnes handicapées en adaptant les centres de formation de droit commun à l'accueil de ce public. La recherche d'une cohérence au niveau régional vise à articuler l'ensemble des dispositifs de formation dans le cadre des compétences de droit commun des régions qui sont les leurs depuis les lois de décentralisation.

La mise en place des schémas régionaux a permis l'ouverture des dispositifs de droit commun à une population qui auparavant était exclusivement prise en charge dans le cadre de dispositifs spécifiques. La logique de ces schémas est de développer l'accueil des personnes handicapées dans les centres de formation professionnelle et d'apprentissage de droit commun. Copilotés par les conseils régionaux, ils sont à disposition des partenaires dans le cadre des PDITH. Il n'y a pas de financements spécifiques autres que ceux existants dans les dispositifs, les conventions établies, bipartites (Région/AGEFIPH) ou tripartite (Région/État/AGEFIPH (comme c'est le cas en région Aquitaine) ne prévoient pas de financement de formation : elles se limitent à la prise en charge d'actions de coordination, d'animation et de communication. Le principe des schémas régionaux est de sélectionner des organismes de formation de droit commun, via un appel d'offres, et d'augmenter ainsi l'offre de formation à destination des personnes handicapées par la mobilisation de certains organismes de formation.

L'AGEFIPH, dans *les schémas régionaux : mode d'emploi*⁴², détermine le contexte de la mise en place de ces schémas. Ceux-ci reposent sur une collaboration avec les Conseils régionaux (dans le cadre de leur attribution en matière de formation), les services déconcentrés de l'État, les branches professionnelles, des associations ou de tout autre partenaire dont le choix est déterminé par le contexte local. La convention détermine les principes de base présidant à l'élaboration d'un schéma régional : cohérence avec les pratiques des partenaires de l'insertion, individualisation de la formation, recherche de synergie

⁴² Annexe n° 2, « la Synthèse des journées techniques nationales sur la formation professionnelle des personnes handicapées et les Schémas Régionaux - Clermont – Ferrand », 1996, *op. cit.*, p.48 à 50.

entre les réseaux d'accueil spécialisés et les réseaux de droit commun, recherche de complémentarité avec les réalisations de programmes départementaux. Le schéma régional mobilise les opérateurs habituels de l'orientation et du placement des personnes handicapées, il doit pouvoir assurer à la personne handicapée un service qui va de l'information jusqu'au terme de la formation avec comme objectif l'insertion professionnelle. Afin de permettre un meilleur accompagnement de la personne, un référent est désigné, son rôle est de veiller à l'intégration du stagiaire en centre de formation, de maintenir un partenariat avec les opérateurs spécialisés dans le domaine du handicap et de préparer à l'insertion en milieu ordinaire. L'esprit du schéma régional de formation est de prendre en charge la globalité du besoin de formation de la personne handicapée orientée vers lui depuis son information jusqu'à son accompagnement au terme de sa formation visant l'insertion professionnelle⁴³.

Leur ambition est d'être également un outil à la disposition des partenaires de l'insertion : EPSR, Organismes d'Insertion Professionnelle (OIP), COTOREP, associations, etc. Les centres de formation sont sélectionnés sur le mode de Schémas régionaux de la formation professionnelle, ils ont pour objectif de développer l'offre de formation régionale de droit commun (dispositifs de formation professionnelle et d'apprentissage) aux personnes handicapées. Cependant, même si une logique de complémentarité entre les dispositifs spécialisés et ceux de droit commun est affichée ainsi que le souci d'une coordination destinée à animer le partenariat local ; la diversification de l'offre de formation s'accompagne de l'augmentation du nombre d'opérateurs et des modalités de financements, ce qui a pour effet de générer une difficulté croissante à coordonner l'ensemble d'un parcours d'insertion. La collaboration nécessaire entre les différents acteurs est source de tensions du fait de la rencontre de logiques divergentes entre acteurs du milieu ordinaire et spécifique, d'absence d'un niveau de régulation des conflits et de la nécessité d'apprentissages communs. En effet, l'utilisation des dispositifs de droit commun pour les personnes handicapées soulève la question de leur adaptation à ce public, en particulier pour la gestion des contre-indications médicales, ce qui suppose la mise en place des prestations spécifiques (validation des projets professionnels sur le plan médical, vérification du poste de travail et, éventuellement, adaptations à y apporter), et le transfert d'un certain nombre de savoir-faire des CRP vers les centres de droit commun : adaptation des supports pédagogiques pour certains publics, formation des formateurs à des matériels spécifiques (ex. informatique braille), connaissance de certains handicaps, etc.

⁴³ Note de la Sous Direction de la Défense et de la Promotion de l'Emploi, mission pour l'Insertion professionnelle des travailleurs handicapés adressée aux directeurs départementaux du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, Paris le 24 septembre 1994.

L'activation des dispositifs de droit commun pour l'accueil de stagiaires handicapés pose le problème de la préparation des professionnels (en l'occurrence des formateurs). L'AGEFIPH a négocié avec l'État les aides possibles qu'elle pouvait mobiliser dans ce cadre précis : « il s'est négocié avec l'État et les régions sur ce qu'on peut amener [l'AGEFIPH] en termes de sensibilisation, de cofinancement, de référent, on a essayé de lever les obstacles à l'ouverture des organismes de formation, créer toutes les conditions. Mais c'est vrai qu'une fois les choses instituées, le problème c'est l'articulation : qui fournit quoi ? Quel est le lien ? Qui est prescripteur ? Qui prescrit quoi ? Comment ces centres de formation sont préparés ? »⁴⁴ Chaque référent bénéficie d'une formation de cinq jours centrée sur la sensibilisation générale aux différents aspects du handicap, la formation et l'accès à l'emploi des personnes handicapées. Cette fonction est prise en charge financièrement par l'AGEFIPH.

➤ *Des résultats en décalage avec les objectifs fixés*

Malgré la mise en place d'une organisation devant permettre l'accès des personnes handicapées aux centres de formation de droit commun, dans les faits, l'offre de formation à destination des personnes handicapées reste sous-dimensionnée au regard des besoins de cette population. Les CRP ont une capacité d'accueil de l'ordre de 10 500 places, auxquelles s'ajoutent les 4 050 places en centres AFPA (convention État-AFPA) et 2 800 places dans d'autres types d'organismes (CFA, autres centres de formation) dans le cadre des schémas régionaux de formation de l'AGEFIPH. Mais il subsiste une forte distorsion entre l'offre de formation et les personnes handicapées en formation. En effet, si les orientations en CRP correspondent à peu près à la capacité d'accueil des centres (de l'ordre de 80 %), on est loin de retrouver le même type de pourcentage dans le cadre de l'offre de formation en centre ordinaire de formation (AFPA, CFA, autres centres). Sur une offre totale de formation de 17 500 places, 12 000 personnes handicapées étaient repérées comme ayant suivi une formation en 1995, leur distribution étant essentiellement concentrée dans les CRP⁴⁵. De plus, l'AFPA n'a accueilli en 1999 que 4 961 travailleurs handicapés, soit environ 1 % du public accueilli par l'AFPA. Et encore, sur ces 4 961 personnes, seule la moitié a bénéficié d'une action de formation professionnelle *stricto sensu*, les autres n'ayant accédé qu'à des actions en amont de la formation (orientation notamment) ou à un enseignement à distance⁴⁶.

⁴⁴ Entretien avec le responsable du suivi des PDITH de l'AGEFIPH, 2002.

⁴⁵ Il n'existe pas de données sur les entrées en formation de droit commun hors schéma régional de l'AGEFIPH.

⁴⁶ P. Blanc, « La politique de compensation du handicap », Rapport d'information n°369, Sénat, 2002, p. 108. http://www.senat.fr/rap/r01-369/r01-369_mono.html

Certes, la convention signée entre l'AFPA et l'AGEFIPH, qui prend en charge le financement de la formation et de la rémunération de quelques 2 500 stagiaires, a sans doute facilité l'accès des personnes handicapées à ces formations. Mais les formations dispensées dans ce cadre se révèlent moins longues que prévues. Quant à la formation en entreprise, elle reste toujours marginale. Et, si les employeurs peuvent légitimement déplorer le faible niveau de qualification des personnes handicapées, force est de constater la modicité de l'effort de formation qu'ils consentent en leur faveur : malgré les aides financières accordées aux employeurs par l'AGEFIPH, en 2001, on dénombrait 1 156 contrats d'apprentissage et 727 contrats de qualification adultes ont été primés par l'AGEFIPH. En 2000, les financements publics en la matière ont bénéficié à 44 000 personnes handicapées. Il s'agit des actions de formation dispensées par les CRP, des actions financées sur le Fonds national de l'emploi et par les conseils régionaux dans les centres de formation de droit commun et des formations réalisées par l'AFPA au titre de la commande publique et de la convention avec l'AGEFIPH. Ces actions ont représenté une dépense de 216 millions d'euros (un quart étant à la charge des régions). La même année, l'AGEFIPH avait accordé un soutien à 24 000 personnes handicapées pour leur permettre de suivre une formation⁴⁷.

Pour les jeunes handicapés, l'accès à la formation en alternance via les centres de formation des apprentis (CFA) qui bénéficient de financements de l'AGEFIPH pour les surcoûts pédagogiques, l'accessibilité des locaux et l'accompagnement des stagiaires demeure encore très peu développée. C'est ainsi qu'un premier bilan établi en 1995 montre que 465 organismes de formation dont 215 centres de formation pour apprentis et 250 centres de formation professionnelle continue ont participé aux schémas régionaux. Ils représentent 2 800 places disponibles dont 90 % pour des formations qualifiantes⁴⁸. Mais globalement les jeunes handicapés sont peu orientés vers ces formations, le système existe, les places sont retenues mais elles sont sous utilisées.

➤ *Schéma régional des formations en Aquitaine*

En Aquitaine, le Schéma régional des formations a été mis en place en 1998. Trois ans après son application le bilan fait ressortir que la première étape est réalisée. Il s'agit de la sensibilisation et de l'information des centres de formation de droit commun. Si la formation professionnelle des adultes progresse un peu, l'apprentissage quant à lui n'a pas connu de changement. Les jeunes handicapés ne sont toujours pas intégrés dans les CFA

⁴⁷ *Ibid.*, P. Blanc, 2002, p. 110.

⁴⁸ Les compétences des Régions en matière de formation professionnelle pour le public jeune, sont susceptibles – sous réserve que ces dernières les incluent dans leur définition de leur public – d'entraîner une nouvelle logique de prise en charge pour ces jeunes. Cette perspective soulève un certain nombre de questions quant à la position des COTOREP, des professionnels du secteur spécialisé et des familles en termes d'appropriation de ce dispositif.

ou les centres de formation de certaines branches professionnelles. La difficile intégration des jeunes handicapés dans les centres de formation de droit commun ne vient pas d'une réticence du Conseil régional qui ne voit aucun motif de fermer les formations du PRDF à ce public. Il semble que le principal frein reste la question de l'orientation des jeunes pour qui l'orientation vers le milieu protégé constitue le choix principal et le manque d'information et de sensibilisation aux métiers dans les IME (Instituts Médico-Educatifs), que ces jeunes pourraient exercer en milieu ordinaire.

En ce qui concerne les adultes, malgré l'accord national État-AFPA de 1994 et un investissement de l'AGEFIPH en termes de financements (qui s'est engagée à assumer à la fois la rémunération et les frais pédagogiques des stagiaires qui entreraient au-delà de la commande publique), on observe une lente augmentation du nombre de stagiaires accueillis, avec une participation de l'ensemble des centres AFPA de la région alors qu'au départ seuls quelques centres pratiquaient l'accueil de stagiaires handicapés. Toutefois, lorsque l'on regarde de plus près la nature des prestations réalisées par l'AFPA on s'aperçoit que l'augmentation du nombre de personnes handicapées reçues correspond à une prestation particulière : l'orientation professionnelle et non la formation professionnelle. D'un point de vue « économique », il est plus facile de traiter l'orientation des personnes handicapées qui représente une action ponctuelle, que de les accueillir en formation qualifiante (action sur le plus long terme). Dans ce dernier cas, l'investissement de la part des formateurs est plus important, car ce sont leurs pratiques pédagogiques qui sont perturbées : ils doivent se former pour être en mesure de transmettre leur savoir à un public particulier.

Au final, si l'on fait le total des personnes handicapées qui entrent en formation au titre du Plan Régional des Formations (500 personnes) et au titre de l'AFPA (200), ce sont 700 personnes handicapées qui peuvent être concernées. Même si elle ne se concrétise pas toujours, l'offre de formation émanant du milieu ordinaire est largement supérieure à celle à laquelle pouvait prétendre les personnes handicapées avant l'année 1999.

La tentative d'améliorer l'offre de formation à destination des personnes handicapées en ouvrant les centres de formation de droit commun à ce public se heurte à l'absence de coordination entre les différents systèmes d'offre de formation. Les formations en CRP sont historiquement celles vers lesquelles sont orientées les personnes handicapées et leur accès est soumis à l'avis de la COTOREP. Au final, les différentes voies d'accès à la formation et l'absence de coordination entre les différents dispositifs traduisent le manque de politique globale concernant la formation des personnes handicapées. Il faut cependant souligner que les dysfonctionnements de la COTOREP ont conduit les organismes d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés à rechercher des solutions dans les dispositifs de droit commun. L'utilisation des ressources de droit commun et plus particulièrement les CIBC (centres interinstitutionnels de bilan de compétences) dont la couverture nationale est homogène (un par département), a constitué une première tentative pour

désengorger le dispositif spécialisé. L'accès pour les personnes handicapées à ces espaces d'orientation a pu se réaliser suite aux négociations entre les différents acteurs concernés pour adapter la démarche de ces organismes à la spécificité du public, en particulier pour la gestion de la dimension médicale (les projets sont validés par le médecin de COTOREP ou un médecin du travail en fonction des accords passés). Par la suite les centres AFPA ont été mis à contribution par le biais de conventions (*cf. infra*) pour participer à l'orientation des personnes handicapées. Ainsi, la COTOREP faute de s'être adaptée aux normes des politiques de l'emploi (individualisation des parcours de formation) se trouve dépossédée d'une partie de ses compétences au profit d'acteurs non inscrits dans le dispositif spécialisé

➤ *La rémunération des stagiaires : une problématique commune à plusieurs conseils régionaux...*

La loi de décentralisation de la formation professionnelle du 20 décembre 1993, a eu, dans certaines régions, un effet, sur la prise en charge des rémunérations de stagiaires par les Conseils régionaux. C'est ainsi que les Conseils régionaux d'Île de France, de PACA et d'Aquitaine, ont considéré que certains CRP avaient une offre de formation régionale qui entrerait dans leurs compétences. À ce titre, ces régions ont pris en charge le financement de la rémunération des stagiaires de ces centres. Cependant, les conseils régionaux qui se sont engagés dans cette voie ont rapidement pris la mesure des inconvénients d'une telle posture. Il y a au total près de 80 centres de rééducation professionnelle répartis de façon inégale sur le territoire (la région Aquitaine en a 7), alors que le Conseil régional prend en charge la rémunération des stagiaires de son aire géographique, ceux accueillis dans les centres de rééducation professionnelle de la région viennent de l'ensemble du territoire national car l'offre de formation de ces centres est, du fait de leur faible nombre et d'une offre de formation spécifique selon chaque établissement, nationale. Du coup, les conseils régionaux n'ont aucun droit de regard sur les stagiaires qu'ils rémunèrent et qui sont susceptibles ensuite, de repartir dans leur région d'origine pour se réinsérer professionnellement. Dans les faits, les propositions d'orientation professionnelle qui sont accréditées par les COTOREP sont la réponse à la péréquation : type de formation souhaité, origine géographique du stagiaire et offre de formation régionale. Ainsi, même si l'offre de formation des centres de rééducation professionnelle est nationale, les stagiaires handicapés optent généralement pour une formation dans un centre de rééducation professionnelle de leur région. Une enquête a permis de déterminer pour la région Aquitaine quelle était l'origine géographique des stagiaires accueillis et sur 7 établissements, 3 d'entre eux avaient augmenté le nombre de stagiaires d'origine aquitaine.

Dès 1999 le conseil régional Aquitaine a souhaité se désengager de la prise en charge de ces stagiaires, mais le ministère du Travail a refusé cette position. Au moment de l'enquête, sur les 7 centres de rééducation professionnelle de la région Aquitaine, 3 centres accueillent des stagiaires rémunérés par le Conseil régional et 4 centres des stagiaires rémunérés par l'État.

➤ ... *Et un facteur d'inégalité entre personnes handicapées*

Au-delà de l'aspect du financement de la rémunération des stagiaires, l'une des questions récurrente et problématique tient à la différence de rémunération entre stagiaires handicapés. La rémunération des stagiaires relève soit de l'État, soit de la région pour les CRP dits « régionalisés » ; en 2002, la dépense État à ce titre a représenté 97,8 M€, la dépense des régions 29,9 M€. Elle peut aussi relever, pour les assurés sociaux en maladie ou en accident du travail de l'assurance maladie : dans ce cas là – et sous réserve que la personne réalise sa formation dans les trois ans d'ouvertures de droits – la rémunération du stagiaire se fait sur la base de ses indemnités journalières. Ainsi, dans une même formation coexistent des stagiaires rémunérés au plancher inférieur et d'autres au plafond maximum.

Outre cette dimension inégalitaire de rémunération lors de la formation, ces différences suscitent des difficultés lors de la recherche d'emploi. Une personne handicapée en formation est une personne en reconversion professionnelle. À ce titre lorsqu'elle est diplômée en fin de formation elle se présente sur le marché du travail comme un débutant dans le secteur professionnel choisi. Même si certaines compétences transversales (comme l'aptitude à diriger une équipe) sont négociables dans le cadre d'un nouvel emploi, lors de la négociation du salaire, il est fréquent que la rémunération attribuée soit inférieure à celle reçue en formation : « on a des gens qui sortent de CRP où ils avaient 12 000 F [1 830 €] de rémunération pendant deux ans et qui se retrouvent dans leur nouvel emploi au SMIG ou à 10 % au-dessus. Comme il arrive fréquemment que l'inaptitude au travail soit liée à un accident du travail ou aux conséquences néfastes des conditions de travail, ils ne comprennent pas qu'il n'y ait pas de réparation plus importante. »⁴⁹ Ce sentiment d'injustice sociale peut être renforcé par la gravité du handicap : dans la mesure où le montant de la rente d'accident du travail est calculé en fonction de l'ancien salaire (et non la gravité du handicap), il arrive qu'une personne très handicapée perçoive une rente inférieure à une personne comparativement moins handicapée.

⁴⁹ Entretien avec le responsable des PDITH pour la DDTEFP.

9.3 AMELIORER L'INSERTION PROFESSIONNELLE

L'un des points faibles de l'application de la loi du 30 juin 1975 tient au déséquilibre territorial des organismes de placement spécialisés dans l'insertion des personnes handicapées⁵⁰. En effet, la mise en place des EPSR préconisée par la loi n'a pas suscité le mouvement attendu. Lors de la création de l'AGEFIPH en 1988, la couverture territoriale par les EPSR ne dépasse pas 50 %, alors que la loi de 1975 dans son article 14 prévoit leur développement uniformément sur l'ensemble du territoire national : « Des centres de réorientation et des équipes de préparation et de suite du reclassement doivent être créés et fonctionner en liaison avec les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel et avec l'Agence nationale pour l'emploi. » Dès le milieu des années 1980 ce dispositif incomplet n'est pas adapté au contexte d'un marché du travail duquel les personnes handicapées sont massivement rejetées. Les EPSR n'assurent pas une couverture territoriale homogène et selon son lieu de résidence un travailleur handicapé risque de ne pas pouvoir être suivi par un service spécialisé dans le placement des personnes handicapées.

9.3.1 L'accord État-AGEFIPH de 1994 relatif à la mise en place des EPSR : compléter la couverture territoriale des organismes spécialisés dans le placement des personnes handicapées

Malgré la reconnaissance du rôle important de leur action auprès des travailleurs handicapés, l'état des lieux en 1987 fait apparaître 73 EPSR (50 publiques et 23 privées) qui bénéficient généralement de peu de moyens. Théoriquement composée de quatre personnes, l'effectif des EPSR est fréquemment de deux membres permanents, voire un seul. Afin de réduire le déséquilibre territorial de la présence d'EPSR, entre 1988 et 1994, l'AGEFIPH va contribuer à la création de nombreux organismes de placement (non agréés en qualité d'EPSR). Malgré cet effort, en 1994, la couverture du territoire national reste incomplète, onze départements⁵¹ n'ont pas de structures spécialisées pour gérer l'insertion des personnes handicapées. La situation laisse apparaître un ensemble disparate d'organismes avec des modes de fonctionnement, des moyens et une efficacité très contrastés. Ainsi, dans un contexte où la situation du marché du travail s'est fortement détériorée, non seulement les personnes handicapées font l'objet d'une discrimination plus aiguë mais ne disposent pas, selon leur lieu d'habitation, d'une offre de services, et quand celle-ci existe elle varie d'un territoire à un autre. Cette situation met la France en porte-à-faux vis-à-vis de ses engagements internationaux : l'offre inégale de services sur le terri-

⁵⁰ Comme on l'a vu précédemment, le déséquilibre concerne aussi les unités de production du milieu protégé. Mais, seule la dimension insertion professionnelle en milieu ordinaire est analysée ici.

⁵¹ Les Ardennes, l'Aube, la Marne, la Manche, le Loir-et-Cher, Les Alpes-de-haute-Provence, la Corse du Sud, la Guyane, les Pyrénées Atlantiques, la Somme et les Vosges.

toire national génère une inégalité des chances entre personnes handicapées. La recherche d'une meilleure utilisation des ressources existantes et la nécessité de répondre de façon égalitaire à l'obligation d'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail devient un enjeu de plus en plus important.

Le 15 février 1994, l'État (représenté par le ministre du Travail de l'emploi et de la Formation professionnelle – Michel Giroud) et l'AGEFIPH (représentée par son président – Gérard Bollée) signent une convention pour une durée de trois ans à compter du 1^{er} janvier 1994⁵². L'objet de cette convention est de renforcer la coordination des interventions de l'État et de l'AGEFIPH dans le domaine de l'insertion des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail. Dans ce cadre, le développement des EPSR et des autres organismes privés d'insertion et de placement est central « afin de parvenir à une plus grande cohérence et à une meilleure qualité des actions au niveau local. »⁵³ En fixant le principe d'un cofinancement et la mise au point d'un cahier des charges précisant les modalités d'intervention de ces organismes et leurs relations avec les différents organismes publics (COTOREP, ANPE), cette convention doit permettre de réaliser une meilleure égalisation des chances des personnes handicapées au regard de l'emploi. Il s'agit de poursuivre le développement de la couverture territoriale d'organismes de placement spécialisés par la création concertée d'EPSR de droit privé et celle d'organismes d'insertion de placement (OIP⁵⁴). L'objectif est d'améliorer la qualité des services rendus aux usagers en coordonnant les initiatives des organismes intervenant en complément de l'ANPE sur le placement des demandeurs d'emploi handicapés et en développant le dispositif d'insertion pour une meilleure allocation de moyens en fonction des besoins des personnes handicapées⁵⁵. Le ministère du Travail y réactualise les missions et les conditions de fonctionnement des EPSR et définit les missions des OIP.

Avec la signature de cette convention, il semble qu'il y ait une logique implicite sous-tendant un partage des rôles entre l'État et l'AGEFIPH : « l'AGEFIPH est un organisme spécifique, donc il a plus vocation à s'occuper et à financer les structures spécifiques. L'État quant à lui, s'occupe de faire entrer les personnes handicapées dans les dispositifs de droit commun. »⁵⁶ Comme le souligne le Chef de la mission insertion dans l'emploi des personnes handicapées de la DGEFP, la contrainte financière a joué un rôle important dans le transfert de compétence de 1994, l'État n'ayant pas les moyens de pour-

⁵² Convention signée entre l'État et l'AGEFIPH pour une durée de trois ans, elle est adressée par la circulaire du 11 septembre 1995 aux préfets.

⁵³ Le journal du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées, mars 1994, n° 1, p. 11.

⁵⁴ Cet acronyme est une création de l'AGEFIPH.

⁵⁵ Ces besoins sont appréciés sur la base des critères retenus dans la convention : nombre de demandeurs d'emploi travailleurs handicapés, nombre d'orientations en milieu ordinaire, nombre et caractéristiques des entreprises, d'organismes de placement existants...

⁵⁶ Entretien avec le Chef de la mission insertion dans l'emploi des personnes handicapées de la DGEFP.

suivre la couverture territoriale des EPSR. Du coup, le déséquilibre entre structures d'insertion de droit public et de droit privé s'est renforcé au profit des organismes de droit privé. Dans le même temps, ce transfert de compétences a été perçu comme une forme de désengagement de l'État par de nombreux acteurs de terrains dont en premier lieu, ceux des services public.

9.3.2 Les EPSR et OIP : le renforcement de l'externalisation du placement des personnes handicapées

Les éléments qui permettent de comprendre la signature d'un tel accord sont de nature historique, ils ont leur origine en 1972 dans les travaux de R. Lenoir sur les exclus. Suite à ces travaux, le secrétaire d'État – Marie-Emmanuelle Guinesh – met en place à titre expérimental, avec le Fonds Social Européen (FSE) et le ministère de la Santé, une équipe de préparation et de suivi (EPS) traitant de l'insertion de tous types d'exclus⁵⁷. Entre 1972 et 1978, une vingtaine de structures sont créées. Le vote de la loi du 30 juin 1975 va entraîner, pour celles qui en feront le choix (soit 5 ou 6 établissements), un double recentrage de leurs missions. Le premier concerne l'emploi (qui leur vaudra de se voir adjoindre le « R » de reclassement et d'EPS devenir des EPSR). Le second concerne le public : dédiées au départ à tous les exclus, elles doivent dorénavant s'occuper exclusivement des personnes handicapées. Ce double recentrage s'est traduit, pour les structures qui ont fait le choix de devenir des EPSR⁵⁸, par un changement de tutelle, passant du ministère de la Santé au ministère du Travail⁵⁹. Le changement de statut a conduit les dirigeants des nouvelles EPSR à contractualiser avec des services qu'ils méconnaissaient : les Directions Départementales du Travail et de l'Emploi⁶⁰. D'autres transformations les ont affectés : en devenant des EPSR, les ex EPS sont devenus multicompétentes sur l'ensemble des handicaps (alors que la plupart des associations existantes étaient à vocation catégorielle) ; leur mode de financement a également changé étant assuré à 75 % par l'État. Pour les gestionnaires d'association ce nouveau type de financement a représenté une innovation nécessitant de leur part de trouver 25 % de cofinancement (ce mode conventionnement est nouveau tant pour les associations que pour les DDTE). Multicompétences (traiter tous les handicaps) et cofinancement ont peu séduit les grandes associations qui ne se sont pas mobilisées sur ce type de structure et ont poursuivi une action centrée sur leurs adhérents. Dans le même

⁵⁷ Cette EPSR était sous tutelle de la DASS et son fonctionnement était cofinancé à 50 % par le FSE et 50 % par le ministère de la Santé.

⁵⁸ Décret n° 78-104 du 25 janvier 1978.

⁵⁹ Les structures qui ont choisi de rester des EPS sont restées sous tutelle du ministère de la Santé et sont devenues des centres d'hébergement et d'insertion.

⁶⁰ Pour information, les DDTE deviendront des DDTEFP 1993 (fusion des DDTE et des DDFP).

temps, pour pallier la faible présence des EPSR⁶¹, dans certains départements, des organismes de statut associatifs se créent tels qu'OHÉ (opération handicapés + emploi) en 1983 en Isère ou encore Prométhée en 1988 en Côtes d'Armor, avec pour objectif essentiel d'effectuer un rapprochement entre offres d'emploi et demandes des travailleurs handicapés. En cela, le réseau Ohé-Prométhée⁶² a constitué une première forme de privatisation des fonctions de l'ANPE vis-à-vis des personnes handicapées dès le début des années 1980. Ces structures existent encore, elles participent depuis 2000 au réseau Cap emploi (*cf. infra*).

Comme le rappelle le rapport Balmarty⁶³, le recours à des opérateurs externes dans les politiques de l'emploi s'est développé d'abord dans le domaine des services offerts aux publics de demandeurs d'emploi. Deux logiques distinctes semblent avoir présidé à ce développement. La première apparaît comme la conséquence directe du rapprochement des politiques sociales et de la politique de l'emploi dans la conduite de l'action publique. La création des missions locales pour l'insertion sociale et professionnelle des jeunes en 1982 est emblématique de ce mouvement. Mais le développement de cette logique s'est aussi manifesté par un phénomène d'« absorption » de certains éléments des politiques d'action sociale par la politique de l'emploi. Il en est ainsi des EPSR financées par le ministère du Travail qui ont été créées pour le suivi et l'accompagnement des actifs handicapés et ont succédé dans les années soixante-dix à des organismes sous tutelle du ministère de la Santé.

9.3.3 Le recadrage des missions des organismes spécialisés dans l'insertion des demandeurs d'emploi handicapés par l'État

Peu de temps après la signature de la convention, l'État va tenter d'homogénéiser les missions des différentes structures. La circulaire n° 95-32 du 11 septembre 1995 relative aux missions et au fonctionnement des EPSR⁶⁴ fixe les modalités d'intervention d'un OIP ou d'une EPSR. Le cadre proposé s'inscrit dans la logique précédemment posée par le décret du 5 janvier 1978 et la circulaire du 3 mai 1979.

Ainsi, la mission prioritaire des EPSR et des OIP (mobilisés par la DDTEFP et la COTOREP) reste le placement de demandeurs d'emploi handicapés en milieu ordinaire de

⁶¹ Entre statut public et privé, les incitations oscillent selon les gouvernements : le gouvernement Mauroy a favorisé la création d'EPSR de droit public, les gouvernements suivants ont élargi au statut de droit privé, les deux statuts pouvant cohabiter selon les départements. Mais au final le nombre d'EPSR créées est loin d'atteindre l'objectif fixé par la loi du 30 juin 1975.

⁶² En 2004, le réseau Ohé-Prométhée est constitué de 24 associations sur 23 départements. Ce réseau fait partie du réseau Cap emploi.

⁶³ D. Balmarty *et alii*, 2004, « Rapport de l'instance d'évaluation de la politique de l'emploi et recours à des opérateurs externes », Commissariat Général du Plan, p. 57-58.

⁶⁴ Circulaire n°95-32 du 11 septembre 1995, NOR TEF9510132C adressée aux directeurs des DDTEFP.

travail avec un contrat de travail durable. La mission de placement comporte l'aide à l'accès à l'emploi « ils [les EPSR et les OIP] apportent leur soutien actif à la personne handicapée pour faciliter son reclassement professionnel » ; la notion de parcours d'insertion est explicitement posée, « Ils interviennent dans un parcours d'insertion professionnelle de la personne handicapée. Ces parcours d'insertion, qui ont pour objectif l'accès à l'emploi en milieu ordinaire, peuvent comprendre un stage en entreprise ou en centre de formation ». La mission de ces organismes comprend aussi « Les activités d'accueil et d'information de la personne handicapée sont parties intégrantes de la mission de placement de l'EPSR ou de l'OIP. » La possibilité de suivre des demandeurs d'emploi en difficulté est affirmée « Les activités de préparation et d'adaptation à l'emploi de la personne handicapée peuvent être comprises dans la mission d'insertion professionnelle dès lors que les objectifs d'emploi sont clairement identifiés » ainsi que les fonctions de suivi après insertion (pendant une année au minimum). Enfin, la dimension accompagnement social, fondatrice des premiers EPS est maintenue « une partie des travailleurs handicapés accueillis dans les EPSR et les OIP peut justifier d'un accompagnement social pour faciliter leur démarche d'insertion professionnelle. À ce titre, l'accompagnement social fait partie des missions des organismes de placement, dès lors qu'il concourt directement à l'accès à l'emploi. » De nouvelles missions sont insérées comme le maintien dans l'emploi des salariés handicapés.

Avec cette circulaire, la création, l'extension ou le renouvellement de nouveaux organismes de placement sont soumis à conditions : les dossiers sont examinés conjointement par l'État et l'AGEFIPH. Les besoins sont appréciés sur la base d'un certain nombre de critères (nombre de demandeurs d'emploi handicapés, nombre d'orientations en milieu ordinaire de travail prononcé par la COTOREP, nombre et caractéristiques des entreprises, nombre d'organismes de placement spécialisés existants, etc.)⁶⁵. Dans ce processus, les EPSR de droit public (moins nombreuses) font l'objet d'une attention particulière « en dépit des difficultés qui ont parfois été constatées, il est précisé que l'existence d'une EPSR publique doit être maintenue de façon prioritaire compte tenu de leurs bons résultats en matière d'emploi des travailleurs handicapés, malgré la faiblesse de leurs moyens en personnel. (...) Les projets de remplacement d'une équipe publique par une équipe privée ne seront pas examinés par le ministère. De même, la création d'une EPSR de droit privé ou d'un OIP ne doit pas conduire à interférer avec l'activité de l'EPSR publique ou se substituer à elle. »

⁶⁵ « Pour faciliter la prise de décision et assurer un minimum d'équité et d'objectivité, un référentiel théorique a été élaboré pour chaque département. Il donne une indication sur le nombre de personnes en équivalent temps plein nécessaires dans l'ensemble des structures. Pour tenir compte de certaines évolutions, il est admis que la norme fixée par la circulaire du 3 mai 1979, quant au nombre de salariés par équipe, puisse être dépassée », circulaire n°95-32 du 11 septembre 1995, NOR TEF9510132C.

➤ *La persistance des différences*

Au-delà de ces points communs, les EPSR et les OIP se distinguent par différents points :

- En cas de décision de création d'une EPSR par organisme public ou privé, en dehors de l'administration du travail, les responsables doivent passer (art. R 323-33-13 du code du travail) une convention budgétaire type avec le préfet. En cas de décision de création d'un OIP, le responsable doit signer une convention à fin de placement avec l'ANPE (art. L.311-1)
- L'EPSR établit un rapport annuel d'activité basé sur l'année civile transmis à la COTOREP. L'OIP établit un rapport annuel d'activité basé sur l'année civile transmis à l'AGEFIPH qui en donne copie au directeur de la DDTEFP qui en informe la COTOREP.

Enfin, la spécificité du statut à caractère réglementaire des EPSR, de leur mission de service public et de leur mode financement, leur confère un certain nombre de dispositions qui ne s'appliquent pas aux OIP. Si leur principale mission est le placement des demandeurs d'emploi en milieu ordinaire, les EPSR peuvent (sous réserve d'une décision COTOREP) mettre en relation des demandeurs d'emploi handicapés avec des institutions de travail protégé (essentiellement des ateliers protégés). La composition de l'équipe comprend au minimum un chargé d'insertion professionnelle, un assistant de service social intervenant à temps plein ou partiel, un secrétariat (temps plein ou partiel). L'activité des EPSR de droit public est sous contrôle du directeur départemental de la DDTEFP qui veille aussi au respect du cahier des charges des EPSR de droit privé. Les objectifs des EPSR sont fixés par le directeur de la DDTEFP en liaison avec le responsable de l'EPSR, de l'ANPE et dans le cas d'un cofinancement après concertation avec le délégué régional de l'AGEFIPH. Si d'autres cofinanceurs existent (type conseil général), ils sont associés à la démarche. Les objectifs sont évalués annuellement.

Les différences concernent aussi le mode de management des organismes. Dès sa création, l'AGEFIPH a appuyé son intervention dans le champ de l'emploi des personnes handicapées à travers la notion de *contrat d'objectifs* qui enserme l'appui financier qu'elle apporte dans un certain nombre d'objectifs à atteindre pour l'organisme bénéficiaire. Riche des premières contributions des entreprises, elle a la possibilité d'appuyer son action vers le développement des EPSR et OIP afin de développer la couverture territoriale de ce type d'organisme de placement. Les raisons qui animent cette intervention sont d'ordre pratique : cela correspond aux besoins des personnes handicapées et des entreprises ; elles sont aussi orientées, une EPSR ou OIP peut être financée par l'AGEFIPH à condition que la structure fonctionne à minima selon une approche économique et non exclusivement sociale. La traduction de l'activité en termes d'objectifs encadrés dans une convention consti-

tue une garantie. La convention fixe le principe d'un cofinancement État-AGEFIPH des EPSR et un financement complet pour certaines OIP par l'AGEFIPH est possible. L'approche économique préconisée vise à faire évoluer les pratiques professionnelles habituelles des premières EPSR (qui prenaient en charge des cas lourds) vers un mode de gestion des publics qui reproduise le principe de la file d'attente entre travailleurs handicapés. L'AGEFIPH demande dès lors aux personnels des EPSR d'accélérer le processus de réinsertion pour les personnes handicapées qui peuvent accéder au marché du travail le plus rapidement, tout en faisant un travail de plus longue haleine avec ceux qui en sont le plus éloignés. Cette approche est confortée par le nouveau responsable de la mission d'emploi des personnes handicapées de la DGEFP qui adhère à cette logique⁶⁶. Toutefois, si cette logique a prévalu entre la fin des années 1980 et une partie de la décennie 1990 – moment où le nombre de personnes handicapées en attente d'insertion professionnelle est massif – l'AGEFIPH reconnaît que depuis quelques années le profil des publics handicapés a évolué et nécessite un suivi faisant davantage appel à des compétences sociales : « On avait des OIP beaucoup plus performants en termes de résultats et ça c'est progressivement équilibré [avec ceux obtenus par les anciennes EPSR]. Maintenant, compte tenu des publics qui arrivent et des difficultés nouvelles et cumulées qu'on peut voir, bon nombre d'EPSR qui ont gardé des compétences sociales sont mieux placées que les OIP. »⁶⁷

➤ *Le mode d'action des organismes de placement*

Les EPSR et OIP interviennent en aval de la COTOREP pour la mise en œuvre de la décision émise par cette dernière. Cependant, dans certains cas et à la demande de la COTOREP, l'EPSR ou l'OIP peuvent apporter leur concours technique à la procédure d'orientation de la personne handicapée. Ils accueillent donc en priorité les demandeurs d'emploi travailleurs handicapés qui leurs sont adressés par la COTOREP et peuvent prendre en charge l'ensemble des bénéficiaires de la loi du 10 juillet 1987 qui justifient une intervention spécifique pour leur insertion, adaptation ou maintien dans l'emploi⁶⁸. Les EPSR et OIP interviennent dans le cadre des dispositions du titre 1^{er} du livre III du code du travail et particulièrement des articles L.311-1 et suivants du code du travail relatifs aux organismes qui concourent au placement. Dans ce cadre, les OIP passent convention avec l'ANPE (art. R. 311-1-2 et suivants du code du travail). Dans les textes, la collaboration avec l'ANPE comprend l'information mutuelle sur les capacités des travailleurs handicapés et sur les postes offerts, la prospection concertée des entreprises, le suivi du reclassement professionnel et la mise en commun de toute l'information susceptible de favoriser

⁶⁶ Michel Villebois est alors un jeune énarque qui débute sa carrière à la DGFP.

⁶⁷ Entretien avec le Directeur adjoint de l'AGEFIPH, 2002.

⁶⁸ La prise en charge des personnes non bénéficiaires de la loi du 10 juillet 1987 n'incombe pas aux organismes des placements spécialisés, ils relèvent de l'ANPE.

l'emploi des travailleurs handicapés. La capacité annuelle d'accueil de travailleurs handicapés est estimée à 180 pour une activité de placement de l'ordre de 20 travailleurs handicapés par salarié équivalent temps plein (ces données correspondent aux valeurs moyennes constatées en 1993 dans l'activité des EPSR et des OIP).

Dans les faits, l'articulation n'est pas aussi fluide que le souhaite la circulaire. Si la concertation sur les postes et les candidats se réalise, et ce dans le souci de placer une personne handicapée en emploi, cette concertation se fait souvent dans l'urgence. Il est rare qu'une entreprise anticipe à moyen terme son besoin en recrutement et encore plus rare que ce soit pour prévoir l'embauche d'une personne handicapée. C'est généralement à l'occasion d'une visite en entreprise, qu'un conseiller de l'emploi d'une EPSR ou d'un OIP apprend l'existence d'un poste vacant⁶⁹. Le besoin de l'entreprise est pressant et c'est rapidement qu'il faut être en mesure de proposer une ou plusieurs candidatures. Dans un premier temps l'organisme à la source de l'information regarde dans ses propres fichiers s'il a un candidat pour ce poste (qualification, contre indications médicales, mobilité géographique, etc.). Ce n'est que dans un second temps que l'information est transmise aux autres organismes de placement. Elle peut se faire simultanément à l'ensemble des opérateurs de terrain ayant pour mission l'insertion professionnelle des personnes handicapées, ou bien en cascade en fonction de collaborations plus ou moins fortes. Concernant la prospection, la concertation semble un vœu pieux, elle est d'autant plus difficile à mettre en œuvre que les logiques qui la sous-tendent diffèrent entre les organismes spécialisés et l'ANPE. Les premiers élaborent des stratégies en fonction du profil des demandeurs d'emploi handicapés à placer, la seconde a spécialisé ses conseillers de l'emploi selon des logiques sectorielles (bâtiment, l'industrie, etc.). Au final, il est d'une part malaisé d'articuler ces deux logiques, d'autre part il est difficilement possible de croiser l'agenda d'une dizaine de personnes dont la mission est de prospecter les entreprises d'un même département pour des demandeurs d'emploi différents. Cette difficulté à homogénéiser la prospection se traduit par une surabondance de visites auprès de certaines entreprises qui ont des difficultés à comprendre l'éclatement organisationnel sur lequel repose la gestion de l'insertion des personnes handicapées.

Avec le renforcement de la couverture territoriale des organismes spécialisés dans le placement des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail, le niveau départemental est réaffirmé comme niveau de mise en cohérence des interventions des différents organismes, en particulier dans le cadre des PDITH. Sur un même département, lorsque les besoins le justifient, la collaboration entre les différents organismes de placement se fait en concertation avec le délégué régional de l'AGEFIPH. Le PDITH, lorsqu'il en existe un, est le lieu de définition des conditions de complémentarité et de collaboration entre organismes de placement.

⁶⁹ Les entreprises contactent rarement les organismes spécialisés dans l'insertion des personnes handicapées, d'une part parce qu'elles ont peu tendance à embaucher de travailleurs handicapés, d'autre part parce qu'elles ont des difficultés à identifier les organismes ayant cette compétence.

➤ *La coordination des structures de placement*

Constitué d'un ensemble d'organismes ayant des missions similaires (l'insertion des personnes handicapées) mais des moyens (tant financiers qu'en personnel) et des référents hiérarchiques différents, on peut se demander comment se réalise la coordination de ce dispositif particulier. En d'autres termes, qui de l'AGEFIPH ou de l'État fixe les orientations stratégiques de ce dispositif ? Qui relaye la politique d'emploi de l'État en faveur des personnes handicapées sur le territoire infra régional ?

Les orientations pour les EPSR les OIP sont conjointement élaborées par un comité national regroupant l'ANPE, l'AGEFIPH et la DGEFP.

La convention prévoit un comité de pilotage national pour délivrer les agréments. Le 12 juillet de la même année, les objectifs fixés par la convention sont traduits en cahier des charges qui définit les missions, les procédures, les moyens de financement, les obligations. Dans un premier temps, l'AGEFIPH contractualise directement avec les organismes de placements et signe avec eux une convention qui comporte le cahier des charges. De ce cahier des charges vont naître les premières tensions entre l'AGEFIPH et les OIP qui ont des difficultés à accepter que leurs missions soient définies au niveau national alors qu'elles interviennent localement et revendiquent à ce titre une meilleure connaissance des réalités de terrain et par conséquent des objectifs possibles à atteindre. Trois ans après la rédaction du premier cahier des charges, un avenant à la convention conduit à la création d'un comité de pilotage régional (1997) dont le rôle est de rapprocher la décision des terrains d'application et qui doit être un lieu de définition des grandes orientations de mise en cohérence des politiques publiques et des politiques spécifiques. Une fois les orientations fixées nationalement, elles sont transmises au niveau de comités régionaux regroupant la DRTEFP, la délégation régionale de l'AGEFIPH et la direction régionale de l'ANPE qui assurent pour leur région la mise en œuvre de la politique définie nationalement. Comme on le verra plus loin, la création d'un comité de pilotage au niveau régional va poser de nouveaux problèmes de régulation selon les lieux où elle s'élabore.

Dans le cadre de la mise en œuvre, les services déconcentrés de l'État perdent en légitimité dans la mesure où, comme le souligne le Chef de la mission insertion, dans l'emploi des personnes handicapées de la DGEFP « après, sur le suivi quotidien, le financement c'est effectivement l'AGEFIPH » et la délégation régionale de l'AGEFIPH a une compétence au niveau départemental que n'a pas la DRTEFP. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'arrêter le choix d'opérations pour répondre aux objectifs de placements, l'AGEFIPH a la possibilité d'orienter les choix vers certains organismes ou limiter ses financements pour certaines actions.

9.3.4 Améliorer la lisibilité des structures de placement : la mise en place du label Cap Emploi par l'AGEFIPH

Entre 1994 et 2000, l'action de l'AGEFIPH a permis d'atteindre l'objectif fixé d'une couverture territoriale en structures de placements pour les travailleurs handicapés. Au total on identifie 120 organismes auxquels s'ajoutent les EPSR de droit public. Cependant, si l'offre de service de placement est assurée, elle l'est par des organismes différents ne portant pas le même nom. Cette hétérogénéité contribue à brouiller leur image vis-à-vis des entreprises, qui ne comprennent pas pourquoi des organismes différents sont porteurs du même message d'insertion.

La création par l'AGEFIPH du label Cap Emploi en 2000 constitue une réponse au problème de lisibilité auprès des entreprises du dispositif spécifique d'insertion des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail. L'intérêt d'un label commun à la majorité des organismes de placement est d'agir plus efficacement sur le levier de la communication nationale. En effet, constitué d'EPSR de droit public ou privé et d'OIP, ce dispositif est, pour les milieux économiques, opaque, et surtout significatif d'une forme d'incohérence : pourquoi tant de structures dédiées au même objectif ? La constitution d'un réseau avec une forte lisibilité est d'autant plus utile pour l'AGEFIPH que le taux d'emploi stabilisé autour de 4 %, comprend une large part de salariés handicapés de plus de 50 ans. Le départ à la retraite de ces salariés va nécessiter de la part des organismes de placement une grande efficacité afin de traiter des opérations de grande envergure pour que les entreprises renouvellent leur main-d'œuvre handicapée.

Cependant, le label Cap Emploi est venu se superposer aux structures existantes sans les faire disparaître : il fédère les deux principaux réseaux nationaux : celui des EPSR (UNITH) et des OIP (dont le réseau Ohé Prométhée). Autrefois concurrents, sur ce que l'on peut appeler le « marché de l'insertion des personnes handicapées », les pratiques professionnelles développées par ces deux réseaux ont été jugées suffisamment proches pour être encadrées dans une même convention. Si cette convention engage les structures signataires à travailler selon certaines règles, elle ne concerne pas le statut des personnels. Par le biais des subventions qu'elle accorde à partir du fonds alimenté par les redevances liées à l'obligation d'emploi des personnes handicapées par les entreprises, l'AGEFIPH assure aux Cap Emploi (réseau des 120 associations départementales) un appui financier et un suivi technique tourné vers la recherche d'une cohérence de l'offre de service. Les structures labellisées Cap Emploi sont des prestataires de service libres de s'organiser pour mener à bien l'objectif qui leur est donné : chaque convention prévoit un certain nombre de placements par an.

Si le label Cap Emploi constitue une ressource pour ces associations (financements des structures et des personnels), il est vécu par nombre d'entre-elles comme une contrainte dans la mesure où l'identité associative de départ est masquée par le label. Ainsi, les organismes labellisés Cap Emploi ont tendance à trouver le mode de management de l'AGEFIPH quelquefois « brutal » dans la mesure où il peut être en contradiction avec la philosophie de départ qui a initiée la création de ces associations.

➤ *L'EPSR de droit public : une structure en voie de disparition ?*

Le mouvement de privatisation des organismes de placement – qui sont devenus largement supérieurs en nombre et en personnel par rapport aux EPSR de droit public – pose la question de la survivance de ces structures historiquement les plus anciennes. Globalement, les EPSR de droit public se distribuent en deux sous-groupes, celles (comme en Gironde) fonctionnant de façon « isolée » du reste des organismes d'insertion et celles ayant une action proche des logiques des OIP et Cap Emploi. Dans le premier cas, il s'agit d'EPSR de petite taille qui sont vouées à disparaître avec le départ à la retraite de leur personnel : « on gère la survivance, ce n'est pas de l'acharnement thérapeutique et on ne précipite pas non plus leur disparition, celle-ci se fait progressivement (...) On s'occupe simplement de vérifier qu'au niveau du département il y a les moyens nécessaires pour le placement des personnes handicapées, en créant éventuellement un poste de correspondant dans une EPSR privée. »⁷⁰ Ainsi, comme le souligne le Chef de la mission insertion dans l'emploi des personnes handicapées de la DGEFP, « les EPSR de droit public appartiennent à un dispositif daté historiquement qui ne correspond plus à la logique qui anime la politique d'insertion des personnes handicapées. » Dans le second cas, ces EPSR ont une action en réseau avec les autres organismes de placement à l'échelle d'un département et, si elles ne sont pas financées par l'AGEFIPH, elles sont, du fait de méthodes de travail identiques aux Cap Emploi et OIP, intégrées à la logique sous-tendant l'action des organismes d'insertion (partage territorial) et peuvent bénéficier du label Cap Emploi. À l'heure de la mise en réseau des organismes de placement, seules les EPSR de droit public qui inscrivent leur action dans cette logique peuvent espérer obtenir le label Cap Emploi et poursuivre leur activité au-delà de celle de leur personnel.

⁷⁰ Entretien avec le Chef de la mission insertion dans l'emploi des personnes handicapées de la DGEFP.

9.4 RENFORCER L'ARTICULATION ENTRE POLITIQUE DE L'EMPLOI SPECIFIQUE ET DE DROIT COMMUN

L'affirmation de la prégnance du droit commun sur le droit spécifique est rappelée dans le code du travail : la fonction de placement des demandeurs d'emploi handicapés incombe en premier lieu à l'ANPE (art. R.311-4-13 du code du travail). Cependant, avec l'évolution du contexte institutionnel en 1987, le système d'acteurs présent dans le champ de l'insertion des personnes handicapées s'est modifié et complexifié nécessitant d'améliorer les relations entre les différents organismes et de mieux articuler politique générale de l'emploi et volet spécifique. C'est la raison pour laquelle, parallèlement à la signature de la convention État-AGEFIPH du 15 février 1994 relative aux EPSR et aux OIP⁷¹, est signée – le 5 juillet de la même année – un contrat de progrès entre l'ANPE et l'État « visant notamment à recueillir et satisfaire un plus grand nombre d'offres d'emploi, à accentuer son action [l'ANPE] vers les demandeurs d'emploi les plus en difficulté, parmi lesquels les demandeurs d'emploi handicapés, pour les aider et les accompagner dans la recherche de travail, et à développer un partenariat permettant d'assurer l'efficacité des multiples initiatives mises en place localement ». Ce contrat de progrès s'accompagne d'une charte fixant les principes du partenariat qu'elle entend établir : recherche d'une réelle amélioration des services rendus, apports réciproques équilibrés des partenaires, évaluation des résultats.

Dans cette logique de partenariat, l'ANPE et l'AGEFIPH⁷² ont signé le 10 janvier 1996 (et pour une durée de trois ans), un accord cadre visant à fixer les règles de leur collaboration, dans le respect de leurs missions et de leurs engagements respectifs, afin d'améliorer l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail. Cette amélioration repose sur le développement d'un partenariat entre ces deux organismes et sur l'optimisation des dispositifs et moyens mis en place localement. Cet accord cadre définit un certain nombre d'objectifs visant à améliorer l'insertion des personnes handicapées : assurer le placement durable des personnes handicapées et réduire leur durée de chômage ; favoriser la mise en œuvre de véritables parcours d'insertion. Il définit des objectifs visant à renforcer la collaboration ANPE-AGEFIPH : échange de données et d'informations sur le marché du travail (DEFM, ancienneté d'inscription, etc.), cofinancement d'actions, orientation des demandeurs d'emploi vers les structures les plus adaptées pour traiter leur situation, etc. La mise en œuvre de cet accord se fait au niveau

⁷¹ Sans être agréés comme EPSR, les OIP doivent – en vertu de l'art. L.311-1 – avoir passé une convention de placement avec l'ANPE. L'OIP est un organisme qui intervient directement dans le placement des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail, qu'il s'agisse de son activité principale ou d'une activité exercée par un organisme qui offre d'autres prestations aux personnes handicapées (hébergement, formation, etc.).

⁷² Voir Bulletin officiel du ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle n° 5 du 20 mars 1996 – NOR TEFZ9610010Q

régional⁷³ et un comité national de suivi AGEFIPH-ANPE est constitué pour consolider les accords régionaux, faire le point sur leur mise en œuvre et procéder à toute évaluation jugée nécessaire.

9.4.1 Renforcer les relations entre l'ANPE et le réseau Cap Emploi 2000

La constitution originale du réseau Cap Emploi par l'AGEFIPH va avoir un impact sur la relation entre ce réseau et l'ANPE dans le cadre de la cotraitance de l'insertion des personnes handicapées.

Les relations de partenariat AGEFIPH-ANPE se sont intensifiées lors de la mise en œuvre des PDITH au début des années 1990 selon deux grandes orientations : la signature de conventions à fin de placement avec les EPSR et les OIP, et l'expérimentation de conventions de délégation de service portant sur le niveau le plus élevé de service (mise en œuvre professionnelle complète des services de l'ANPE avec accès informatique direct aux informations nominatives contenues dans les traitements de données). Pour l'année 2000, le réseau des Cap Emploi devait assurer 40 à 45 % du nombre total d'insertions, soit environ 40 000 placements. En 2003, le volume global d'insertions des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail concernait près de 100 000 embauches, dont 46 000 (+ 7% par rapport à 2002) avec l'appui du réseau Cap Emploi.

Le partenariat entre l'ANPE et le réseau Cap Emploi-AGEFIPH va prendre un tournant décisif avec la déclinaison du Pare-Pap (Plan d'aide au retour à l'emploi - Projet d'action personnalisé) pour les demandeurs d'emploi handicapés. La mise en œuvre du Pare-Pap pour les travailleurs handicapés prévoit une déclinaison régionale et locale dans le cadre de la cotraitance, organisée dans le cadre de la convention du 10 août 2001 entre l'AGEFIPH et l'ANPE⁷⁴. Cette convention fixe les objectifs quantitatifs nationaux du Pap (environ 180 000 demandeurs d'emploi handicapés par an répartis à raison d'un tiers pris en charge par les Cap Emploi et deux tiers par l'ANPE) ainsi que leur répartition régionale et les modalités de cofinancement des moyens nécessaires. La mise en œuvre au niveau régional et local s'est heurtée dans un premier temps à quelques difficultés⁷⁵. Les Cap Emploi sont restés soucieux de maintenir une autonomie opérationnelle constitutive de leur identité malgré un rapprochement et une imbrication renforcée avec la structure nationale et régionale de l'AGEFIPH au cours des dernières années. Or la mise en place de la déclinaison du Pap a pu faire craindre à certaines associations du réseau Cap Emploi, une hé-

⁷³ Les délégués régionaux de l'AGEFIPH et ceux de l'ANPE doivent négocier un projet régional définissant les conditions de mise en œuvre de l'accord cadre.

⁷⁴ Bulletin Officiel de l'ANPE No 2001-6 du 15 octobre 2001. Note n° 2001-89 du 14 août 2001 portant sur la mise en œuvre du PAP-ND avec le réseau des missions locales et des CAP Emploi.

⁷⁵ J. Marimbert, 2004, *op. cit.*, p. 74-75.

gémonie de l'AGEFIPH. À certains égards, la cotraitance plaçait les Cap Emploi dans une position de quasi exécutants d'une convention nationale qui avait en outre déjà prédéfini des objectifs régionaux. De plus, elle renforçait l'autorité et la position des délégués régionaux de l'AGEFIPH en les plaçant en tant qu'interlocuteurs des directeurs régionaux de l'ANPE. La délégation régionale de l'AGEFIPH apparaissait pratiquement en position de chef opérationnel du réseau Cap Emploi local. Parallèlement, l'ANPE pour laquelle la culture de la cotraitance restait parfois une nouveauté au niveau local, a pu être perçue comme directive, en particulier pour ce qui concerne les prestations qu'elle finance directement. L'ANPE apparaissait. Des difficultés se sont également présentées concernant la répartition des publics, les Cap Emploi ayant dans un premier temps l'impression que l'ANPE leur envoyait spécifiquement des demandeurs d'emploi particulièrement difficiles à reclasser, gardant en quelque sorte pour ses propres agents les publics plus proches de l'emploi, impression toutefois infirmée ultérieurement par un bilan conjoint aux deux institutions. Enfin, comme pour les autres cotraitants, les liaisons entre les systèmes informatiques ont créé une difficulté importante, notamment en raison de l'absence de système informatique unifié du côté des Cap Emploi et des doubles saisies d'information (sur l'applicatif ANPE et dans le système propre aux Cap Emploi).

Ces difficultés ont toutefois pu être aplanies par une concertation intense entre ANPE et l'AGEFIPH et par un travail commun avec le réseau Cap Emploi grâce à une participation au comité national de pilotage Cap Emploi et en particulier au groupe national d'élaboration de l'offre de service du réseau. Avec la mise au point d'un guide destiné à améliorer les compétences des agents de l'ANPE concernant les publics et les offres de service des Cap Emploi, les problèmes de répartition des publics ont commencé à trouver un traitement, souvent déjà initié au niveau local par la définition de critères communs et la tenue de réunions de régulation opérationnelle. Face aux problèmes posés par les systèmes informatiques, le renforcement de l'appui de l'ANPE auprès des Cap Emploi en matière d'utilisation des outils, qui fait l'objet d'une orientation commune, devrait améliorer la situation.

Au total, même si des axes d'amélioration bien identifiés restent à mettre en œuvre (faire le lien avec les PDITH pour les publics ne relevant d'aucun des deux réseaux, mieux articuler la connaissance de l'offre de service réciproque auprès des deux réseaux et des demandeurs d'emploi, rendre plus homogène les pratiques locales), le bilan est aujourd'hui plutôt positif et les objectifs quantitatifs sont atteints, voire légèrement dépassés pour l'année 2001.

9.4.2 Favoriser l'accès aux droits fondamentaux pour les personnes handicapées : la convention d'objectifs 1999-2003 ÉTAT-AGEFIPH et le Programme exceptionnel 1999-2001

Le sommet européen du Luxembourg va avoir une conséquence directe sur la politique de l'emploi en général et sur celle des personnes handicapées. Le gouvernement a fait de l'accès de tous aux droits fondamentaux sa priorité. La politique en faveur de l'emploi des personnes handicapées s'inscrit pleinement dans cette action. En effet, dans son PNAE de 1998, la France s'engage au titre de la ligne directrice n° 19 à améliorer le taux d'emploi des personnes handicapées conformément aux normes européennes. Pour répondre à cet objectif, L'État et l'AGEFIPH conviennent, dans le cadre d'une convention, de mener des actions, dans le respect des objectifs fixés par la loi du 10 juillet 1987, qui s'inscrivent d'une part dans le cadre du PNAE et d'autre part dans le cadre d'un programme exceptionnel de l'AGEFIPH, lancé à partir du 1^{er} janvier 1999 pour trois ans. Ce programme a vocation à soutenir des expérimentations et des solutions qui n'ont pas encore été mises en œuvre dans le cadre de la gestion de l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

Afin de faire progresser le taux d'emploi des travailleurs handicapés, l'État et l'AGEFIPH s'engagent à :

- Renforcer et développer l'accompagnement personnalisé des personnes handicapées vers l'emploi. En appui de l'ANPE, un suivi individualisé doit être apporté à 90 000 travailleurs handicapés supplémentaires relevant du dispositif « nouveau départ ». L'objectif est de permettre à 180 000 personnes handicapées de bénéficier d'un parcours d'insertion dans les trois ans qui viennent.
- Développer les actions de bilan- évaluation-orientation pour les personnes orientées par les COTOREP vers le milieu ordinaire ou une formation. L'objectif est d'offrir cette prestation à 20 000 personnes par an.
- Augmenter l'effort de formation qualifiante au bénéfice des personnes handicapées
- Développer l'apprentissage et l'alternance pour les jeunes et les adultes handicapés et renforcer la préparation à la vie professionnelle lors de la formation initiale.
- Mener une action de sensibilisation d'envergure auprès des entreprises les plus éloignées des objectifs d'emploi.
- Développer l'alternative au milieu protégé en favorisant l'embauche en milieu ordinaire

Pour atteindre ces objectifs, le service public de l'emploi mobilise les aides publiques à l'emploi et la formation professionnelle en faveur des personnes handicapées dans le cadre du PNAE et de la loi de prévention et de lutte contre les exclusions. Les PDITH consti-

tuent le cadre dans lequel s'établit la complémentarité des interventions du service public de l'emploi, de l'AGEFIPH et des différents partenaires concernés. L'AGEFIPH, pour sa part, s'engage dans le cadre de la convention à mettre en œuvre un programme exceptionnel triennal (1999-2001) afin de relancer la dynamique en faveur de l'emploi des personnes handicapées. Ce programme, mobilisant 1,5 milliards de francs (228 673 525 euros) sur trois ans, doit viser prioritairement les chômeurs de longue durée et les jeunes demandeurs d'emploi. Ce partenariat rénové et renforcé entre l'État et l'AGEFIPH constitue alors un élément central de la politique d'emploi en faveur des personnes handicapées menée par le gouvernement. Rappelant le 26 novembre 1998 devant le Conseil Supérieur pour le Reclassement Social et Professionnel des Travailleurs Handicapés la situation encore insatisfaisante de l'emploi des personnes handicapées, Martine Aubry avait en effet incité l'ensemble des acteurs publics et privés à une relance résolue de la politique de l'emploi en faveur des travailleurs handicapés, autour de trois axes d'action prioritaires :

- Le maintien de l'obligation légale d'emploi mais en remplaçant l'emploi direct au cœur du dispositif ;
 - Le développement de l'accompagnement personnalisé vers l'emploi des chômeurs handicapés et l'augmentation de l'effort de formation afin de lever les obstacles à l'insertion professionnelle ;
 - Une meilleure complémentarité entre le milieu de travail ordinaire et protégé.
- *Le Programme exceptionnel : immobiliser les ressources de l'AGEFIPH et améliorer l'insertion des travailleurs handicapés*

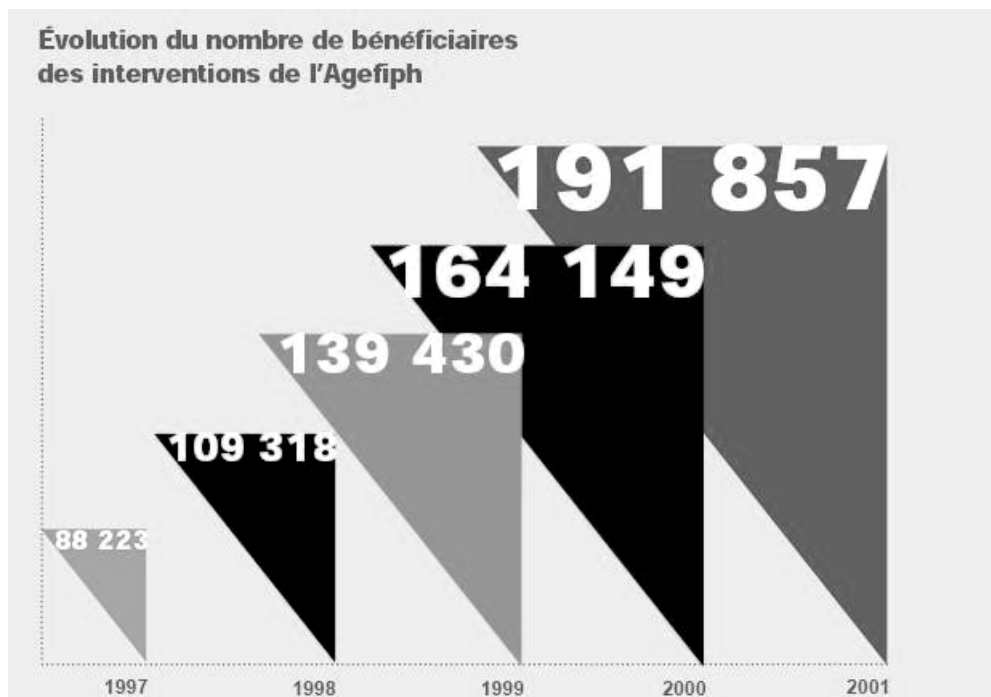
Pendant les premières années d'activité, l'AGEFIPH a accumulé des réserves financières du fait d'un décalage entre d'une part le nombre d'entreprises versant une cotisation, et d'autre part des dispositifs qui n'ont pas consommé l'intégralité des recettes perçues. Cette réserve financière est communément désignée sous l'appellation de « pactole » par les différents acteurs de terrain. Deux documents engageant la politique de l'AGEFIPH ont contribué à engager ces recettes dans deux programmes d'action qui ont conduit l'AGEFIPH à dépenser plus que les cotisations reçues entre 1999 et 2001. Ces deux projets prévoient des actions destinées à lever les obstacles structurels qui limitent l'accès à l'emploi des personnes handicapées et comportent des objectifs chiffrés :

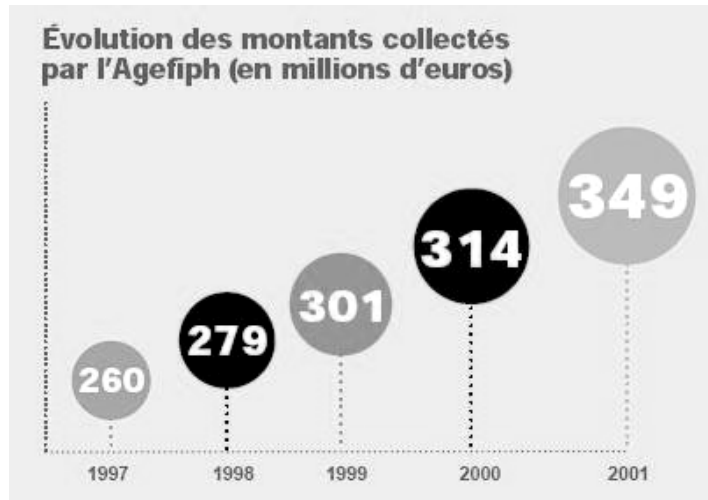
- Réduire de 100 % le nombre des entreprises d'au moins 20 salariés n'employant aucun travailleur handicapé ;
- Offrir chaque année une prestation de bilan-évaluation-orientation à 20 000 personnes handicapées ;

- Proposer un appui individualisé à 90 000 jeunes handicapés supplémentaires relevant du dispositif *service personnalisé pour un nouveau départ vers l'emploi* dans le cadre du PNAE ;
- Augmenter de 25 % l'effort annuel de formation, particulièrement des chômeurs de longue durée : l'objectif est sur 3 ans la signature de 1 400 nouveaux contrats d'apprentissage et 2 400 contrats de qualification adultes expérimentaux.

L'activité de l'AGEFIPH a été marquée, depuis 1999, par la mise en œuvre du « programme exceptionnel » puis du programme complémentaire, imposés par l'État pour affecter les réserves de l'association à des actions en faveur des travailleurs handicapés : dans ce cadre, le montant des actions et des aides financées par l'AGEFIPH a été systématiquement supérieur à la collecte de l'année.

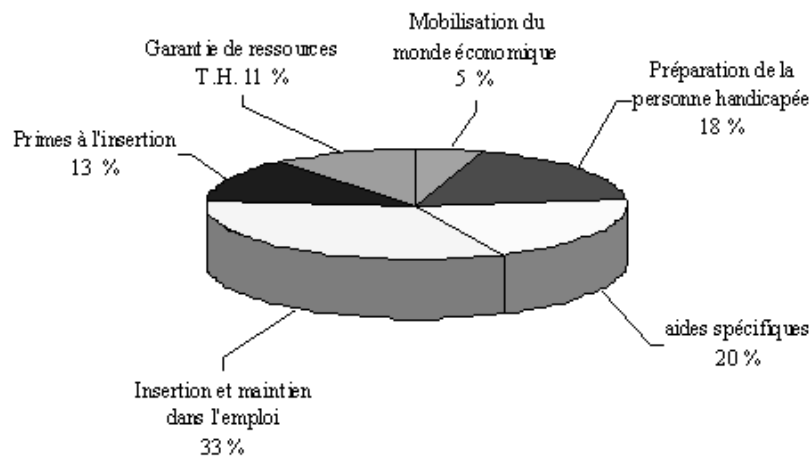
Source : Rapport d'activité AGEFIPH 2001





Ces actions sont intégrées dans le cadre général formé par le PNAE qui met en œuvre les lignes directrices de l'emploi adoptées au Sommet européen de Luxembourg en 1997. Au-delà de la définition de nouveaux objectifs pour l'insertion des travailleurs handicapés, l'intérêt de mettre en place un tel programme consiste en l'immobilisation des réserves financières de l'AGEFIPH.

Répartition des financements de l'AGEFIPH en 2004



Source : Projet de loi de finances pour 2005 : Solidarité

A l'inverse, depuis deux ans, l'AGEFIPH est conduite à calibrer ses actions, de façon à les faire à nouveau coïncider avec le produit de la collecte annuelle. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le budget prévisionnel de l'association pour 2004 est en recul de 4,5 %. La nouvelle convention quinquennale d'objectifs, en cours de négociation et à laquelle le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées souhaite donner une base légale, devra donc impérativement tenir compte de l'essoufflement de la collecte et de l'épuisement des réserves⁷⁶.

⁷⁶ P. Blanc, « Solidarité », Avis n° 78 (2004-2005) fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 25 novembre 2004. <http://www.senat.fr/rap/a04-078-1/a04-078-1.html>

9.5 L'INNOVATION AU SERVICE DE L'AMELIORATION DU TAUX D'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES

Entre les mesures de droit commun et les mesures spécifiques, il existe de nombreuses aides offertes aux employeurs, assujettis ou non à l'obligation d'emploi, destinées à favoriser l'insertion ou le maintien dans l'emploi de personnes handicapées. Ces aides proviennent de l'État⁷⁷ (DDTEFP, COTOREP), de l'ANPE, ou de l'AGEFIPH. Plusieurs d'entre elles peuvent être sollicitées simultanément en vue de l'insertion ou du maintien dans l'emploi d'une même personne.

Les interventions financées par l'AGEFIPH ne se substituent pas à celles développées par l'État mais sont élaborées dans une logique de complémentarité avec les dispositifs existants. Ces interventions ont pour objectif de favoriser sur l'innovation et reposent en grande partie sur des propositions émanant des opérateurs de terrain. Pour mener à bien la recherche d'actions innovantes, l'AGEFIPH a développé entre 1989 et 1994 quatre programmes d'intervention avec comme objectif transversal la mise à disposition, pour les médiateurs de l'insertion, d'outils et de moyens devant leur permettre d'améliorer quantitativement et qualitativement leur mission d'insertion. Actuellement, les interventions de l'AGEFIPH reposent sur une vingtaine de mesures ayant toutes pour objectif l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Certaines de ces mesures sont cumulables entre elles et s'ajoutent aux dispositifs de droit commun. Le fonds peut être affecté à la compensation du coût supplémentaire d'actions de formation, au financement d'actions au sein de l'entreprise, au financement d'actions d'innovation et de recherche, à des mesures pour l'insertion et le suivi des travailleurs handicapés et à l'acquisition de matériel technique permettant la compensation du handicap. Toutefois, toute demande d'intervention de l'AGEFIPH doit être liée à un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail ou de maintien dans l'emploi des personnes bénéficiaires de l'obligation d'emploi ou en voie de le devenir. Les financements de l'AGEFIPH s'adressent aux entreprises privées et aux employeurs du secteur privé, aux personnes handicapées bénéficiaires de la loi du 10 juillet 1987 faisant l'objet d'une insertion dans le secteur privé, et aux opérateurs de terrain (Cap Emploi, organismes de formation et de bilan, milieu protégé...). Les mesures proposées peuvent se cumuler dans certaines conditions. Ainsi, pour un contrat de qualification, le cumul est possible pour l'aide à la formation en alternance et la prime à l'insertion à l'issue

⁷⁷ Prime d'apprentissage pour les employeurs formant des apprentis handicapés (art L. 119-5 du Code du travail). Aides à l'aménagement des situations de travail (art L. 323-9 du Code du travail). Par exemple l'adaptation des machines et outillages, l'aménagement des postes de travail, l'accès aux lieux de travail, la compensation de charges supplémentaires d'encadrement pour la durée d'adaptation inférieure ou égale à 1 an (Le montant de ces aides est inférieur ou égal à 80 % du coût pour les adaptations de postes, adaptations des machines et accès aux lieux de travail ; inférieur ou égal à 50 % du coût pour l'encadrement en plus. Ces aides ne sont pas plafonnées et sont cumulables entre elles). L'abattement de salaire: dans le cas où le rendement du travailleur handicapé est notablement diminué des réductions de salaires peuvent, sous certaines conditions, être autorisées (art. L. 323-6 al. 2 du Code du travail).

du contrat s'il y a embauche. Pour une création d'entreprise l'aménagement des situations de travail et l'accessibilité des lieux de travail sont aussi des mesures cumulables.

9.5.1 Les aides en direction des entreprises :

- L'information et le conseil : l'AGEFIPH accompagne les entreprises souhaitant recruter des personnes handicapées ou les maintenir au travail en concourant au développement des organismes spécialisés dont elle finance les interventions.
- La formation : l'Agefiph cofinance des actions de formation permettant à la personne handicapée d'acquérir des compétences pour accéder à un emploi ou le conserver. Elle prend également en charge la formation du tuteur à l'accueil des jeunes handicapés, dans le cadre de l'apprentissage ou de la formation en alternance.
- Le recrutement : l'Agefiph verse à l'employeur une subvention destinée à encourager la conclusion de contrats de travail et l'accès aux formations en alternance. Cela concerne les CDI, les CDD d'au moins un an, les contrats d'apprentissage, de qualification, d'orientation et d'adaptation.
- Le maintien dans l'emploi : l'Agefiph finance des aides permettant la détection précoce de situations pouvant entraîner la rupture du contrat de travail pour cause d'inaptitude, ainsi que la recherche de solutions. Il s'agit de maintenir dans l'emploi des salariés dont le handicap survient ou s'aggrave et d'éviter ainsi leur désinsertion professionnelle.
- L'aménagement des situations de travail : l'Agefiph prend en charge tout ou partie des dépenses permettant à l'employeur d'adapter un poste, d'équiper les lieux de travail ou de les rendre accessibles.
- L'accompagnement : l'Agefiph peut financer les accompagnements nécessaires au bon exercice de l'activité professionnelle de la personne handicapée (aides au transport...).

➤ *L'exemple de la mesure maintien dans l'emploi*

Le développement de la mesure *maintien dans l'emploi* (qui concerne des salariés pour lesquels des contre indications médicales à leur poste sont signifiées par le médecin du travail) en cours de vie professionnelle a constitué une innovation. Toutefois, la complexité de sa mise en œuvre est particulièrement significative des contraintes de collaboration et d'apprentissage mutuel auxquels les acteurs ont été confrontés. Ce type d'intervention bien que prévu par les législations précédentes n'avait donné que très peu de résultat jusqu'à l'apparition de l'AGEFIPH.

La mise en œuvre de la mesure maintien dans l'emploi est récente et complexe car sa réalisation nécessite l'intervention et la coordination d'un ensemble de professionnels. Plusieurs difficultés sont inhérentes à cette situation : la détection du salarié, le diagnostic qui peut être suivi d'une étude du poste de travail par un ergonomiste ou la recherche d'une formation, la constitution d'un dossier technique permettant l'accès aux financements de l'AGEFIPH et le suivi de l'action. L'originalité de ce cas de figure est liée aux configurations d'acteurs différentes qu'elle peut nécessiter : si aujourd'hui nous savons que l'origine de la demande peut émaner du médecin du travail, du médecin conseil, de l'employeur et quelquefois du salarié, il n'en a pas toujours été de même. C'est l'accumulation d'expériences diverses qui ont permis de repérer ces relais.

La généralisation de cette mesure est emblématique de l'action de l'AGEFIPH : favoriser l'innovation dans un premier temps, évaluer les actions innovantes dans un second temps et, généraliser leur mise en œuvre dans un troisième temps.

9.5.2 Les aides en direction des personnes handicapées

La préparation à l'emploi : l'AGEFIPH favorise l'accès des personnes handicapées aux formations en alternance (contrat d'apprentissage, contrat de qualification, contrat d'orientation, contrat d'adaptation) en leur octroyant une subvention forfaitaire. Ces financements sont cumulables avec les aides ponctuelles destinées à compenser le handicap (aides techniques, interprétariat, aménagement de véhicule...). Par ailleurs, elle cofinance des actions de formation permettant l'acquisition de compétences professionnelles pour accéder à un emploi ou le conserver. Elle peut également apporter une aide financière pour poursuivre des études dans le cadre d'un projet professionnel ou pour effectuer un bilan d'évaluation et d'orientation, en amont de l'insertion.

L'accès à l'emploi : L'AGEFIPH favorise l'accès à l'emploi par divers dispositifs qui permettent de compenser le handicap et de résoudre les difficultés liées à l'intégration dans le monde du travail. Cela peut prendre la forme d'un accompagnement social ou professionnel, d'une aide au transport, d'une adaptation de poste ou encore d'une aide à l'acquisition de matériel. L'AGEFIPH soutient également les initiatives des personnes handicapées créant leur propre emploi grâce à une subvention et une participation à l'expertise préalable et au suivi de l'entreprise.

9.5.3 Le réseau des Cap emploi

Enfin, l'AGEFIPH intervient dans l'insertion des personnes handicapées par le biais du réseau des 120 Cap emploi qui répondent de façon transversale à toutes les questions liées au recrutement, au reclassement et à l'accompagnement des personnes handicapées

vers un emploi. Elles informent et conseillent les personnes handicapées pendant leur parcours d'insertion, les soutiennent dans leur recherche d'un emploi, d'une formation, d'un aménagement de poste. Leur objectif : faire converger les compétences des candidats et les besoins des entreprises.

L'information et la sensibilisation des entreprises sont emblématiques de l'action continue de l'AGEFIPH auprès des entreprises par l'intermédiaire des organismes d'insertion spécialisés. Les entreprises, dans la mesure où elles constituent l'étape finale d'un parcours d'insertion, ont fait l'objet d'une attention particulière de la part des différents intervenants. Acteurs centraux dans le dispositif, elles n'en sont pas moins éloignées, dans la mesure où l'insertion des travailleurs handicapés, ou leur formation (par le biais des contrats de rééducation professionnelle, d'apprentissage ou de qualification) ne sont pas leur principale préoccupation⁷⁸.

Dès 1989 l'AGEFIPH a signé des conventions visant à financer des actions de sensibilisation à destination du monde économique avec les GIRPEH (Groupement Interprofessionnel Régional pour la Promotion de l'Emploi des Personnes Handicapées), les unions patronales, la CGPME. Ce partenariat s'est étendu ensuite aux branches professionnelles⁷⁹, aux grandes entreprises⁸⁰ et aux syndicats⁸¹. La sensibilisation des acteurs économiques constitue un des axes de la politique de l'AGEFIPH et elle a créé dans ce but, en 1995, une mission spécifique pour développer au niveau national et régional ce type d'action. Cette mission a ensuite été déclinée au niveau départemental via les PDITH. Plusieurs critères sont mobilisés pour sensibiliser les entreprises à l'emploi des personnes handicapées :

- 48 PDITH ciblent les entreprises en fonction de leur taille (les entreprises de moins de 20 salariés ou celles de plus de 20 salariés).
- 45 en fonction du taux d'emploi de l'entreprise assujettie
- 34 en fonction du secteur d'activité
- 20 en fonction de la zone géographique.

Les PME/PMI et les très petites entreprises constituant le principal réservoir d'emploi pour les organismes ayant en charge l'insertion, la question de leur sensibilisation apparaît centrale. Leur information ne pouvant se réaliser que localement, les actions de

⁷⁸ Le quota de 6% de travailleurs handicapés pour les entreprises de plus de vingt salariés qui devait être atteint en 1992 ne l'est toujours pas, il stagne autour de 4 % .

⁷⁹ En 1994 une convention a été signée avec la Fédération de la plasturgie et celle des entreprises de propreté, etc.

⁸⁰ Saint Gobin, Thomson CSF, groupe Accor, Pechiney, Elf Antar et Elf Atochem, Société générale, Sanofi, Acco, etc.

⁸¹ 1990 est la date de signature des premières conventions avec la CGT, la CGT-FO et la CFDT et en 1992 avec la CFTC.

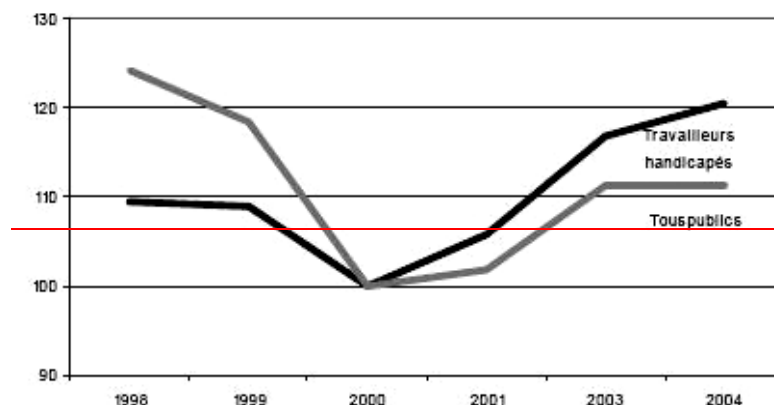
sensibilisation sont confiées à des organismes intervenant à un échelon territorial de l'ordre du département dans le cadre de la mesure *information-sensibilisation* financée par l'AGE-FIPH. Cette question a été débattue dans le cadre des PDITH car l'ensemble des acteurs est confronté à cette problématique. Cet objectif, pour être partagé, a nécessité de la part des différents partenaires en charge de cette information d'avoir une meilleure connaissance de l'ensemble du système qu'ils devaient présenter aux milieux économiques. En effet, être en mesure d'informer et d'orienter une personne handicapée ou un chef d'entreprise en fonction du type de demande vers l'interlocuteur approprié, nécessite des acteurs de connaître les missions de l'ensemble des organismes intervenant dans la chaîne d'insertion. Cette connaissance est l'occasion, à partir d'une problématique commune, de définir pour chaque représentant d'organisme ses missions et son public et de générer par ce biais un apprentissage collectif. Comme on le verra plus loin, cette procédure itérative dans de nombreux PDITH a au moins deux fonctions : définir en continu les compétences respectives des différentes structures (marquer son territoire) et parfaire l'apprentissage collectif sur le fonctionnement du système.

9.6 POUR QUELS RESULTATS ?

La loi du 10 juillet 1987 qui comporte une obligation d'emploi pour tous les établissements de vingt salariés de compter au moins 6 % de travailleurs handicapés dans leur effectif salarié, et le statut de public prioritaire des politiques de l'emploi devaient permettre d'améliorer l'accès à l'emploi des personnes handicapées largement concurrencés par les autres demandeurs d'emploi. Les données suivantes, présentent la situation des personnes handicapées sur le marché du travail.

9.6.1 Les travailleurs handicapés à la recherche d'un emploi

La France a connu au cours de la dernière décennie deux phases très contrastées en matière de croissance, d'emploi et de chômage. Si l'on considère la période 1997 à 2000, elle correspond à une phase d'expansion qui connaîtra en 2000 le record des créations d'emploi des trente dernières années, directement suivie fin 2001 d'une longue période marquée par la morosité économique et la progression du chômage. Le recul du chômage amorcé en 1996 n'a commencé à profiter aux travailleurs handicapés qu'à partir de 1999. Après 2000, l'augmentation du chômage des personnes handicapées est plus précoce et plus forte que celle des autres publics.

Evolution de la DEFM de catégorie 1 de 1996 à 2004 (base 100 à fin décembre 2000)

Source : *Atlas national 2005 de l'emploi des personnes handicapées*, AGEFIPH

Fin décembre 2004, 258 140 travailleurs handicapés sont sans emploi et disponibles pour travailler. Ils représentent 7,5 % des 3 463 377 personnes inscrites à l'ANPE dans les mêmes catégories de demande d'emploi. On constate des évolutions régulières depuis 2000 : le nombre de demandeurs d'emploi handicapés a augmenté en moyenne de 5,9 % par an et la part des 50 ans et plus a progressé de 10,5 %.

CHIFFRES-CLÉS 2004 des travailleurs handicapés à la recherche d'un emploi*

- 258 140 demandeurs d'emploi handicapés de catégories 1 à 3, soit 7,5 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi à fin décembre 2004
- 162 706 recherchent un CDI à temps plein (catégorie 1)
- 75 896 recherchent un CDI à temps partiel (16,2 % de la DEFM de catégorie 2)
- 58 % sont des hommes
- 29 % ont 50 ans ou plus
- 37 % ont un niveau de formation inférieur au CAP
- 48 % recherchent un emploi d'ouvriers ou d'employés non qualifiés
- 44 % sont au chômage depuis 1 an ou plus
- Le nombre de demandeurs d'emploi handicapés a augmenté en moyenne de 5,9 % par an depuis 2000
- La part des 50 ans et plus a progressé de 10,5 % par an depuis 2000

*données à fin décembre 2004 – Source ANPE, in *Atlas national 2005 de l'emploi des personnes handicapées*, Agefiph.

➤ *Des demandeurs d'emploi pas tout çà fait comme les autres*

A la lecture des données ANPE, on distingue deux sous-ensembles de travailleurs handicapés qui correspondent aux deux sous-ensembles souffrant d'exclusion professionnelle identifiés par les politiques de l'emploi :

- *Les jeunes handicapés* : ils sont comme les autres jeunes sans expérience professionnelle, confrontés aux problèmes de transition professionnelle vers la vie active. Dans le même sous-ensemble on retrouve les adultes handicapés bénéficiant d'un reclassement professionnel et dont la situation s'apparente à un problème de mobilité professionnelle. On peut considérer qu'un travailleur handicapé est jeune au regard de sa reconversion professionnelle : très souvent cette dernière se réalise dans un nouveau métier pour lequel le travailleur handicapé n'a aucune expérience professionnelle.
- *Les travailleurs handicapés chômeurs de longue durée* : leur très bas niveau de qualification les met en situation de handicap social, ils ont le même profil que les bénéficiaires du RMI, prestation dont ils sont par ailleurs les bénéficiaires.

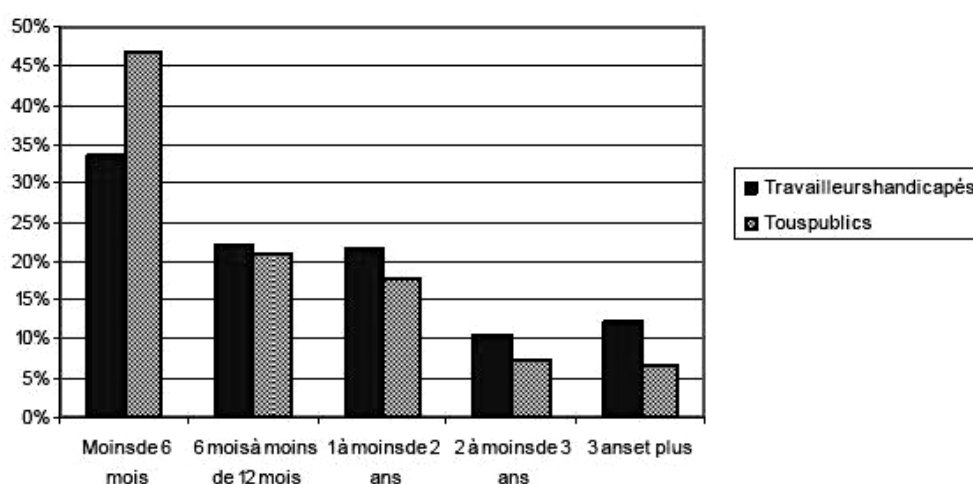
Globalement, les personnes handicapées s'écartent du profil moyen des demandeurs d'emploi par la sous représentation des femmes et des jeunes et la surreprésentation des publics âgés, peu formés, de bas niveau de qualification et cherchant un emploi à temps partiel. En 2004, plus de la moitié des demandeurs d'emploi handicapés (51,1 %) ont un handicap modéré et durable (catégorie B). 19,9 % ont un handicap léger et temporaire (catégorie A) et 13,9 % un handicap lourd et durable (catégorie C). Une proportion non négligeable des demandeurs d'emploi handicapés (7,4 %) est en attente d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé par la COTOREP. Les titulaires d'une pension d'invalidité de la sécurité sociale et les bénéficiaires de rentes d'accidents du travail représentent respectivement 4,7 et 1,1 % des demandeurs d'emploi handicapés. Enfin, 1,9 % des demandeurs d'emploi handicapés sont issus du régime des invalides et mutilés de guerre⁸².

➤ *Un faible taux d'activité et une durée de recherche d'emploi plus longue que les demandeurs d'emploi valides*

Au regard des autres actifs, leur taux d'activité serait de l'ordre de 45 % contre 70 % pour l'ensemble de la population française en âge de travailler. Fin 2001, le taux de chômage des travailleurs handicapés était proche de 26 % contre 9 % pour la population fran-

⁸² AGEFIPH, *Atlas national 2005, op. cit.*

çaise totale. Les travailleurs handicapés accusent une durée de chômage deux fois supérieure à l'ensemble des chômeurs : *chômeurs de longue et très longue durée*. Le chômage de longue durée touche, en décembre 2004, 44,2 % des demandeurs d'emploi handicapés (31,9 % tous publics). Pour près de la moitié d'entre eux (22,7 %) la durée d'inscription dépasse deux ans (contre 14 % tous publics). Le chômage de longue durée et plus encore le chômage de très longue durée sont en recul entre 2000 et 2004 : -0,9 et 3,0 points pour les demandeurs d'emploi handicapés contre -3,4 et -4,4 points pour l'ensemble des demandeurs d'emploi⁸³.



Source : *Atlas national 2005 de l'emploi des personnes handicapées*, AGEFIPH

Si environ 6,6 % des demandeurs d'emploi sont au chômage depuis plus de 3 ans, ce chômage de très longue durée touche plus de 12 % de la population handicapée soit deux fois plus souvent qu'il ne concerne les publics valides. L'ancienneté moyenne de leur demande d'emploi est de 5,5 ans, la moitié d'entre eux connaissant plus de 4 ans et demi de chômage et un quart plus de 6 ans.

➤ Une population essentiellement masculine

Contrairement à l'ensemble de la demande d'emploi où les femmes sont majoritaires (50,8 %), les hommes sont plus nombreux que les femmes dans la population handicapée au chômage (65,5 %). De 1999 à 2004 la proportion de femmes handicapées a cependant augmenté de 1,5 point, tendance inverse à celle observée pour la population valide (-3,5

⁸³ *Ibid.*, AGEFIPH, *Atlas national 2005*.

points tous publics)⁸⁴. C'est parmi les titulaires d'une rente accident du travail et chez les travailleurs handicapés de catégorie C que la proportion d'hommes est la plus importante (respectivement 77 % et 64 %).

Répartition des demandeurs d'emploi par sexe selon le handicap en 2000*

	Hommes	Femmes
Non handicapés	42 %	58 %
Total handicapés	59 %	41 %

*Demandeurs d'emploi en fin de mois catégorie 1, 2 et 3 de décembre 2000 – France métropolitaine
Source : ANPE-PERSEE

➤ *Ils sont plus âgés que la moyenne des demandeurs d'emploi*

D'âge moyen de 42 ans (36 ans pour les autres publics) : 60 % des demandeurs d'emploi handicapés ont 40 ans ou plus (ce pourcentage est de 38% pour les personnes non handicapées). En 1999, 26 % des travailleurs handicapés avaient 50 ans ou plus, alors que cette classe d'âge ne représentait que 16 % de l'ensemble de la population active.

DEFM 1+2+ de décembre 2000 – France métropolitaine

Tranches d'âge	Travailleurs handicapés	Non handicapés
15 à 24 ans	5 %	17 %
25 à 29 ans	9 %	16 %
30 à 39 ans	26 %	29 %
40 à 49 ans	33 %	23 %
50 ans et plus	26 %	16 %

⁸⁴ *Ibid.*, AGEFIPH, *Atlas national 2005*.

Les catégories de la recherche d'emploi

Catégories 1, 2, 3 : Elles concernent les personnes sans emploi, immédiatement disponibles pour occuper un emploi (les personnes peuvent occuper une activité occasionnelle ou réduite inférieure ou égale à 78 heures par mois.

- Catégorie 1 : Personnes sans emploi, immédiatement disponibles, tenues d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi, à la recherche d'un emploi à durée indéterminée à temps plein.
- Catégorie 2 : Personnes sans emploi, immédiatement disponibles, tenues d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi, à la recherche d'un emploi à durée indéterminée à temps partiel.
- Catégorie 3 : Personnes sans emploi, immédiatement disponibles, tenues d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi, à la recherche d'un emploi à durée déterminée, temporaire ou saisonnier, y compris de très courte durée.

Catégories 4 et 5 : Elles regroupent des personnes non immédiatement disponibles pour occuper un emploi. Ces personnes ne sont pas tenues de d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi, ni de renouveler mensuellement leur demande.

- Catégorie 4 : Personnes sans emploi, non immédiatement disponibles, à la recherche d'un emploi
- Catégorie 5 : Personnes pourvues d'un emploi, à la recherche d'un autre emploi

Catégories 6, 7 et 8 : Elles regroupent des personnes non immédiatement disponibles, qui exercent une activité occasionnelle ou réduite d'une durée supérieure à 78 heures par mois, dans l'attente d'un emploi durable.

- Catégorie 6 : Personnes non immédiatement disponibles, à la recherche d'un autre emploi à durée indéterminée à temps plein, tenues d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi.
- Catégorie 7 : Personnes non immédiatement disponibles, à la recherche d'un emploi à durée indéterminée à temps partiel, tenues d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi.
- Catégorie 8 : Personnes non immédiatement disponibles, à la recherche d'un autre emploi à durée déterminée, temporaire ou saisonnier, y compris de très courte durée, tenues d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi.

La recherche d'un emploi à temps plein (catégorie 1) est très largement majoritaire pour les travailleurs handicapés comme pour les autres publics. Cependant, les travailleurs handicapés se distinguent par une forte sur-représentation de personnes à la recherche d'un emploi à temps partiel (catégorie 2). Les femmes sont très largement surreprésentées (61 %). Ces derniers représentent, fin 2004, 29,4% de l'ensemble de la demande d'emploi de catégories 1 à 3 (contre 13,5% tous publics). La proportion des travailleurs handicapés est égale à 6,1% pour la catégorie 1, 16,2% pour la catégorie 2 et 6,1% pour la catégorie 3⁸⁵.

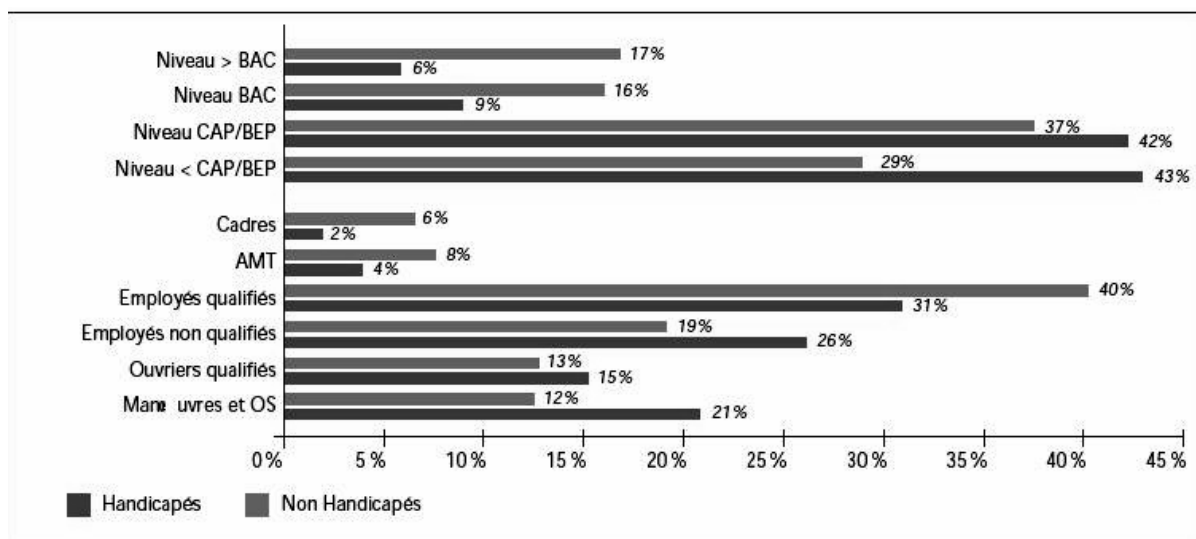
➤ *Ils ont un faible niveau de qualification*

82,5 % des travailleurs handicapés au chômage ont un niveau de formation inférieur ou égal au niveau CAP (60,5% tous publics). Plus du tiers de cette population ne dépasse pas les niveaux Vbis et VI. Le nombre des personnes de bas niveaux de formation est en recul de 2,8 points entre 2000 et 2004 mais il a diminué de façon beaucoup plus forte pour les personnes valides (-8,8 points pour l'ensemble des publics). Le niveau de qualification des chômeurs handicapés est également très inférieur à celui des autres publics : les personnes non qualifiées, manœuvres, ouvrier(e)s et employé(e)s non qualifié(e)s représentent plus de 47% de la population handicapée contre 32 % pour l'ensemble des demandeurs d'emploi. Employé(e)s qualifié(e)s, agents de maîtrise, techniciens et cadres sont à l'inverse sous représentés parmi les travailleurs handicapés au chômage.

Les fortes inégalités que l'on observe entre catégories sociales dans le cadre professionnel sont corroborées par ceux obtenus par l'enquête HID de 1999. Cette enquête fait ressortir des inégalités entre groupes sociaux et handicaps qui ont la configuration classique des inégalités de santé ou de mortalité. C'est ainsi que les écarts entre familles de cadres et d'ouvriers (qu'il s'agisse de prévalences d'au moins une déficience déclarée ou de nombres moyens de déficiences déclarées) vont presque du simple au double. Si l'enquête HID permet de mettre en avant que l'inégalité sociale préexiste fondamentalement au risque de déficience et non l'inverse, elle ne révèle pas les conditions d'apparition du handicap⁸⁶. On peut émettre l'hypothèse selon laquelle l'écart entre catégorie sociale tient en grande partie au risque accident du travail, ce dernier étant plus important chez les ouvriers que chez les cadres.

⁸⁵ *Ibid.*, AGEFIPH, *Atlas national 2005*.

⁸⁶ P. Mormiche, 2001, « Inégalités sociales et handicaps », in *Handicaps-Incapacités-Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES, Série études n° 16, p. 189-201.

Répartition des demandeurs d'emploi par niveau de formation et qualification selon le handicap⁸⁷

DEFM 1 + 2 + 3 de décembre 2000 - France métropolitaine

Source : ANPE PERSEE

➤ Des recherches ciblées sur un nombre réduit de métiers

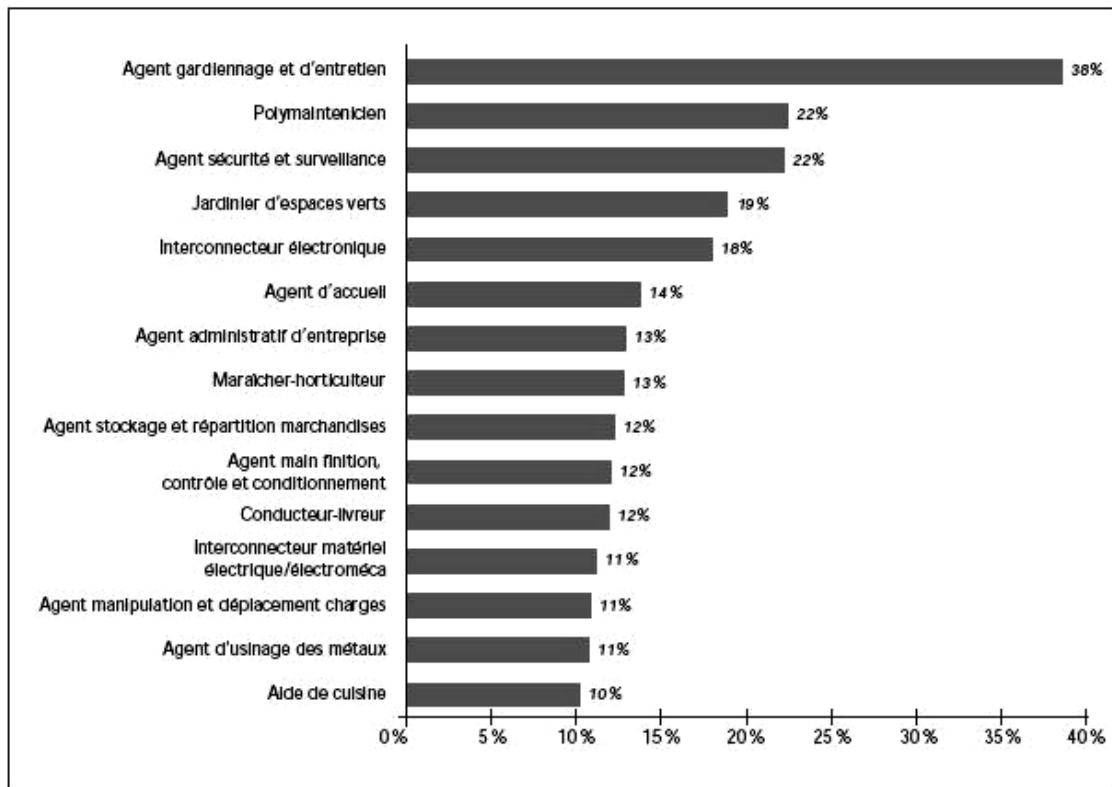
La demande d'emploi des publics handicapés concerne plus de neuf fois sur dix des emplois d'ouvriers et d'employés (94 % contre 83 % pour l'ensemble des demandeurs d'emploi). Certaines familles de métiers y sont surreprésentées, notamment les métiers de Service aux particuliers (23 %), les métiers de la gestion et de l'administration (16 %) et les métiers du transport (12 %). Ces trois familles professionnelles représentent un peu plus de la moitié de la demande d'emploi des personnes handicapées. Deux autres familles professionnelles concernent aussi de manière plus fréquente cette population : le commerce, l'agriculture et certains emplois de l'industrie.

L'analyse plus détaillée des familles professionnelles⁸⁸ montre pour les personnes handicapées une concentration de leur demande sur un nombre réduit de métier. La moitié des demandes d'emploi concernent seulement une dizaine de familles professionnelles (pour les personnes valides, 31 % des demandes portent sur un nombre équivalent de familles professionnelles).

⁸⁷ C. Souhami, « Le chômage des personnes handicapées : portrait statistique », *Les essentiels*, Observatoire de l'ANPE, 2001, p. 7. Téléchargeable format PDF à <http://www.anpe.fr/observatoire/IMG/pdf/handicap.pdf>

⁸⁸ Familles professionnelles issues du rapprochement des PCS et du ROME - Direction de l'animation de recherche, des études et des statistiques (DARES).

15 emplois/métiers où plus d'un demandeur sur dix est handicapé : part des demandeurs handicapés⁸⁹



DEFM 1 + 2 + 3 de décembre 2000 - France métropolitaine
(Effectifs de demandeurs handicapés supérieurs à 1 000)

Source : ANPE PERSEE

Les demandes d'emploi se concentrent sur 10 familles professionnelles pour lesquelles le rapport offre/demande est le plus défavorable en raison d'un nombre de demandes supérieur au nombre d'offres d'emploi (en moyenne plus de deux demandes pour une offre). Ces 10 familles professionnelles représentent 48 % de la DEFM travailleur handicapé. On observe ainsi que la majorité des travailleurs handicapés demande un emploi d'autant plus difficile à obtenir que la concurrence est forte non seulement en raison du faible nombre d'offres mais aussi parce qu'ils présentent un niveau de qualification inférieur aux travailleurs non handicapés (manœuvres, ouvriers spécialisés employés non qualifiés : 47 % pour les travailleurs handicapés contre 32 % pour l'ensemble de la DEFM).

➤ Une inégalité d'accès à l'emploi selon la déficience

Une enquête du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc) réalisée en 2004 pour l'AGEFIPH⁹⁰ met en évidence que « certaines déficien-

⁸⁹ C. Souhami, 2001, *op. cit.*, p. 8.

⁹⁰ A. Loones *et alii*, « Sortir du chômage quand on est handicapé », Crédoc, n° 175, mai 2004, p. 3. http://www.agefiph.asso.fr/html/etudes_sondages/Etude%20Credoc.pdf

ces entraînent plus de difficultés sur le marché de l'emploi. C'est le cas des troubles de la parole ou du langage, des troubles psychiques, des handicaps induisant une perte des acquis intellectuels »⁹¹. L'analyse avancée pour expliquer ce constat s'appuie sur une variable psychologique à travers l'effet des représentations très stigmatisantes de ces handicaps chez les employeurs. Ces types de handicaps comportent une part d'imprévisibilité (gestes dysharmoniques chez une personne étant infirme moteur cérébral ; oubli de consignes chez des personnes traumatisée crânienne par exemple), ou d'entrave à la communication et posent explicitement la question de la gestion du handicap dans une équipe de travail.

9.6.2 Des salariés par tout à fait comme les autres

Si le chômage des personnes handicapées est assez bien connu – les demandeurs d'emploi étant incités à déclarer leur handicap afin de pouvoir bénéficier en tant que public prioritaire des mesures d'aide à l'emploi – force est de constater que leur emploi reste mal connu. Ainsi, parmi les actifs occupés on ne dispose pas de données sur les personnes handicapées indépendantes et sur celles employées dans les établissements non assujetties à la loi du 10 juillet 1987.

Certains éléments permettent de comprendre cet état statistique défailant. Le premier est en lien avec la législation qui a toujours isolé un volet politique spécifique de l'emploi pour les personnes handicapées. La logique de quota qui anime cette politique spécifique induit le recueil de données sur l'emploi des personnes handicapées dans les entreprises assujetties. Une nuance cependant, depuis la mise en œuvre de la loi du 10 juillet 1987, ces données sont nombreuses et facilement accessibles, mais elles ne sont indicatives que de l'emploi des personnes handicapées au regard de l'obligation d'emploi inscrite dans la loi, c'est-à-dire dans les entreprises assujetties. Ainsi, très souvent les chiffres statistiques sur l'emploi des travailleurs handicapés font partie des données découlant de l'exploitation des déclarations obligatoires d'emploi des travailleurs handicapés⁹² (DOETH) et donnent une vision scotomisée de leur situation sur l'ensemble du marché du travail. La Cour des comptes souligne par ailleurs que la DOETH permettant de tenir des statistiques sur l'obligation d'emploi des personnes handicapées n'est pas encore exploitée de façon suffisamment rapide : « la refonte de la gestion informatique de la DOETH – affichée comme l'un des chantiers de la modernisation de l'État – devait permettre une exploitation statistique des déclarations. Mais l'administration n'a publié les statistiques sur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés pour les années 1999 et 2000 qu'en novembre 2002

⁹¹ *Ibid.*, A. Loones *et alii*, 2004, p.3.

⁹² L'exploitation de ces déclarations permet de vérifier si les entreprises de 20 salariés et plus remplissent bien l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés imposée par la loi du 10 juillet 1987.

(...) Concernant le travail des personnes handicapées, seules les statistiques de demandeurs d'emploi provenant de l'ANPE étaient disponibles dans quelques départements. »⁹³

Les chiffres du chômage quant à eux sont le reflet de l'ensemble du marché du travail (hors fonctions publiques). Si ces données concernent l'ensemble des demandeurs d'emploi, elles font rarement état d'indications spécifiques sur le chômage des travailleurs handicapés. Dans les faits, il y a une séparation des statistiques du chômage de celles se référant à la loi de juillet 1987 sur l'emploi des travailleurs handicapés. Il est par conséquent difficile d'offrir au lecteur une vue homogène de l'emploi des travailleurs handicapés. De plus, alors que la DARES constitue en principe le point de convergence naturel des statistiques relatives à l'emploi des personnes handicapées, elle n'est liée par aucune convention à l'AGEFIPH, avec laquelle elle indique collaborer. Elle ne disposait non plus, lors de l'enquête de la Cour des comptes, de données relatives à l'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique ; elle a précisé qu'elle a récemment pris contact avec la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) pour établir avec elle une collaboration⁹⁴.

Il est aussi possible d'accéder à des informations sur l'emploi des personnes handicapées à partir des résultats de l'enquête HID. L'apport récent de cette enquête vis-à-vis de l'emploi des personnes handicapées est de nature qualitative, elle aborde certaines questions sur l'emploi et les personnes handicapées qui n'apparaissent pas ordinairement dans les enquêtes sur cette thématique : « Comment les problèmes de santé, les incapacités qu'ils génèrent pénalisent l'accès à l'emploi des personnes en âge de travailler ? Qui, parmi les personnes déclarant des problèmes de santé, a recours à la loi de juillet 1987 pour rechercher ou conserver un emploi ? »⁹⁵ Toutefois, l'information sur l'emploi en milieu ordinaire demeure très pauvre en dépit d'une enquête annexée à l'enquête emploi de l'Insee en 2002 consacrée aux personnes ayant un problème de santé. Aucun élément n'est disponible sur les handicaps des personnes concernées, leur salaire et leur environnement ; aucune donnée n'est recueillie sur les parcours d'insertion ; aucune information sur les 37 % d'entreprises de plus de 20 salariés qui n'emploient pas de travailleur handicapé.

Ce constat de carences fait, les données existantes permettent cependant de mettre en évidence quelques données de cadrage sur les personnes handicapées en emploi.

⁹³ Cour des comptes, 2003, *op. cit.*, p. 34-35.

⁹⁴ Cour des comptes, 2003, *op. cit.*, p. 26.

⁹⁵ M. Amar, S. Amira, 2003, *op. cit.*

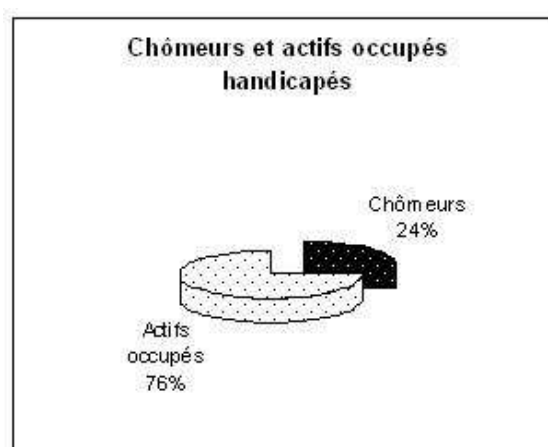
CHIFFRES-CLÉS 2004 des travailleurs handicapés en emploi*

- 557 000 handicapés sont en emploi** dont 342 000 en milieu ordinaire du secteur privé
- 223 762 travaillent dans des établissements privés assujettis à la loi de 1987
- 69 % sont des hommes
- 38 % ont 50 ans ou plus
- 54 % sont ouvriers et 25 % employés
- Leur ancienneté moyenne dans l'établissement est de 16 ans mais 38 % y travaillent depuis plus de 20 ans
- 61 % ont une reconnaissance COTOREP

* données DOETH 2001 – Source Dares

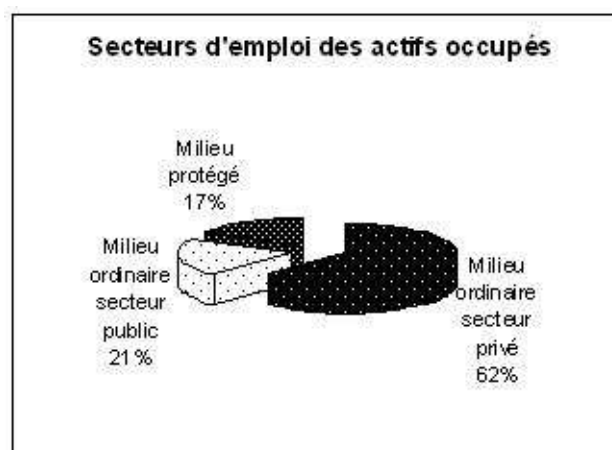
** source HID

L'enquête HID identifie pour l'année 1999, 730 000 travailleurs handicapés au sens de la loi du 10 juillet 1987, dont 557 000 en emploi⁹⁶.



⁹⁶ Dans le même temps, elle identifie dans le public des 20-60 ans les personnes déclarant des incapacités. Parmi elles, 11 % (soit 3,4 millions de personnes) déclarent avoir au moins une incapacité, proportion largement supérieure que l'ensemble des personnes ayant recours à la loi de juillet 1987. Ce chiffre donne une idée du décalage entre une incapacité perçue et sa reconnaissance par l'administration. Elle peut s'expliquer par le posture de nombreux salariés qui, bien qu'ayant des difficultés dans le cadre de leur activité professionnelle, ne le déclarent pas (ce qui est possible tant que le médecin du travail ne décèle pas de contre-indication médicale).

Les personnes handicapées en emploi se répartissent (selon les résultats de l'enquête HID) entre celles travaillant en milieu ordinaire du secteur privé (342 000 personnes) ; celles travaillant en milieu ordinaire du secteur public (118 700 personnes) et celles travaillant en milieu protégé (96 200 personnes).



➤ *Une information déductive concernant les entreprises de moins de 20 salariés*

Les données concernant les personnes handicapées employées dans les entreprises de moins de 20 salariés sont approximatives. Elles découlent d'un calcul visant à déduire du nombre des actifs employés dans le secteur privé, les salariés handicapés des établissements privés de 20 salariés dont on connaît le nombre via les DOETH. Ces établissements ont déclaré avoir employé 215 000 personnes handicapées en 1999⁹⁷ dont 15 000 en atelier protégé⁹⁸. On peut ainsi estimer à 142 000 le nombre de handicapés employés par des établissements privés de moins de 20 salariés, non assujettis à l'obligation d'emploi. Ces établissements, qui représentaient 36,6 % de l'emploi salarié⁹⁹, fournissaient donc 41,5 % des postes occupés par des personnes handicapées.

Ce chiffre, qui paraît élevé, est cependant conforté par la forte proportion d'embauches réalisées par les structures Cap Emploi dans ces établissements, systématiquement supérieure à 50 % (50,7% en moyenne entre 2000 et 2003).

⁹⁷ Source DARES, DOETH 1999 – Mahrez Okba & Anne Ramaré « Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des travailleurs handicapés », 2003, http://www.travail.gouv.fr/etudes/tableaubord/TDB_pers_handicap.pdf

⁹⁸ Source : DGAS, http://www.handicap.gouv.fr/dossiers/etabserv/etabserv_etab127.htm

⁹⁹ Unedic, « données 1999 Champ : établissements privés employant au moins un salarié, hors agriculture et affiliés », <http://www.assedic.fr/unistatis/travail/documents/methodo.pdf>

➤ *Une information facilement accessible pour les entreprises privées assujetties*

Les informations concernant les travailleurs handicapés employés dans les entreprises privées assujetties présentées ici sont issues de la DARES et du ministère du Travail. Si l'information est plus facile à repérer, sa fiabilité n'est pas toujours démontrée. Ainsi, pour l'année 2001, la comparaison du nombre d'embauches de personnes handicapées (-2 261) et de l'évolution de l'effectif salarié (+ 4 961) ne concorde pas.

Les données montrent que l'embauche d'une personne handicapée est plus fréquente dans les petits établissements. Ce constat est vérifié avec la structure des placements réalisés par les Cap Emploi.

Source : *Atlas national 2005 de l'emploi des handicapés*, AGEFIPH

Une probabilité deux fois plus forte d'être embauché par un petit établissement que par un grand

Parts par Taille	20-49	50-99	100-199	200-499	500 & +	Total
Embauches récentes (réalisées depuis 1997)	33.0 %	21.9 %	19.1 %	15.8 %	10.2 %	100 %
Embauches récentes / Effectif salarié	1.0 %	0.9 %	0.8 %	0.6 %	0.4 %	0.8 %

➤ *Place des personnes handicapées au regard des contrats aidés*

Destinés à l'ensemble des publics en difficulté d'insertion, les contrats de travail aidés par l'Etat sont accessibles aux travailleurs handicapés :

- Dans le *secteur marchand*, le contrat initiative emploi (CIE), ou le contrat d'accès à l'emploi (CAE) dans les départements d'outre-mer.
- Dans le *secteur non marchand*, le contrat emploi solidarité (CES) ou le contrat emploi consolidé (CEC).

Contrats aidés	1999	2000	2001	% dans les contrats aidés
Secteur marchand				
CIE et CAE	23 592	23 626	17 575	18,6 %
Secteur non marchand				
CES	40 672	38 033	34 262	10,3 %
CEC	14 800	18 098	21 387	13,6 %

Source : DGEFP/ANPE/CNASEA, cité par l'AGEFIPH « Les personnes handicapées et l'emploi, chiffres clés disponibles en 2002 »

La personne handicapée a évidemment accès aux dispositifs habituels de formation et peut bénéficier des mesures destinées à l'ensemble des demandeurs d'emploi tels que les stages d'insertion et de formation à l'emploi (SIFE) qui peuvent être collectifs ou individuels et les stages d'accès à l'entreprise (SAE). S'il s'agit d'un jeune travailleur handicapé, l'employeur peut proposer un contrat de qualification, un contrat d'adaptation, un contrat d'apprentissage aménagé, un contrat emploi jeune. Ces contrats comportent un certain nombre de dispositions incitatives telles l'exonération des cotisations sociales, une prime à l'embauche, etc.

Stages de formation	1999	2000	2001	% dans les contrats aidés
SIFE individuels et collectifs, SAE et stages cadre du FNE	19 752	20 890	20 211	23,6 %

Source : DGEFP/ANPE/CNASEA, cité par l'AGEFIPH « Les personnes handicapées et l'emploi, chiffres clés disponibles en 2002 »

9.6.3 Des caractéristiques propres qui les différencient des autres salariés

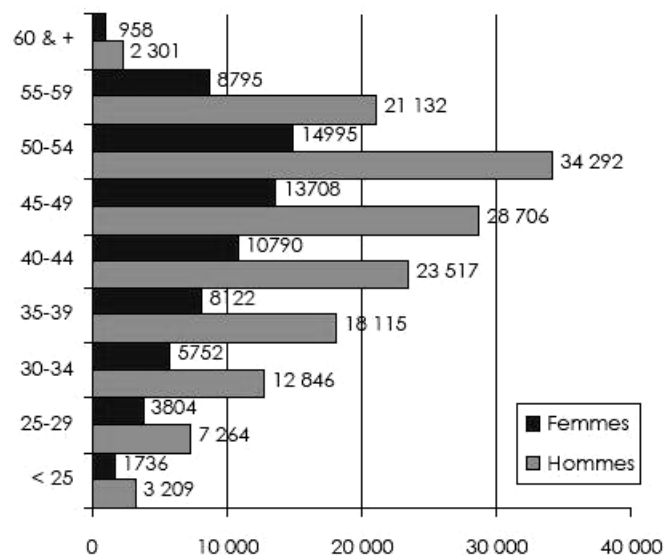
Les personnes handicapées en emploi ont des caractéristiques qui les distinguent des autres salariés. Comparés à l'ensemble de la population active salariée, les handicapés sont sur-représentés dans les classes d'âges supérieures à 40 ans (âge moyen : 45 ans). Ils sont également plus âgés que les travailleurs handicapés au chômage (42 ans en moyenne).

➤ Une population essentiellement masculine

En 2001, 69 % des salariés handicapés des établissements assujettis étaient des hommes, proportion très supérieure à leur part dans la population salariée (53,2 %). La structure des âges est identique pour les hommes et les femmes mais quelle que soit la classe d'âges, celles-ci sont deux fois moins nombreuses. Ce constat est récurrent. Cette plus forte proportion d'hommes est une constante du champ du handicap, quelle que soit la dimension observée.

Source : Atlas national 2005 de l'emploi des handicapés, AGEFIPH

7 salariés handicapés sur 10 sont des hommes



➤ Qui exerce des métiers peu qualifiés

Les bas niveaux de qualification des demandeurs d'emploi handicapés se traduisent par des types d'insertion en emploi dans des métiers demandant peu de qualification :

La qualification des travailleurs handicapés dans les entreprises > à 20 salariés¹⁰⁰

Qualifications	Travailleurs handicapés	Emploi total
Chefs d'entreprise ou cadres supérieurs	6 %	14 %
Professions intermédiaires	16 %	22 %
Employés	23 %	23 %
Ouvriers qualifiés	36 %	29 %
Ouvriers non qualifiés	19 %	13 %
Total	100 %	100 %

Source : MES-DARES, Enquête sur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés¹⁰¹

¹⁰⁰ Dares, Première synthèses, 98.11, n° 47.1, *op. cit.*

¹⁰¹ Première synthèses, 98.11, n° 47.1, *op. cit.*, p. 2.

Les personnes handicapées occupent majoritairement des emplois qui correspondent à des postes d'ouvriers et d'employés 79 %. Leur principal employeur est l'industrie. Ces mêmes catégories sociales représentent moins des deux tiers de l'ensemble des salariés. Les femmes sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses dans les postes d'employés. À l'inverse, elles sont moins nombreuses dans les catégories ouvrières mais légèrement sur-représentées parmi les manœuvres et ouvriers non qualifiés. Leur part se réduit dans les catégories sociales supérieures mais cet état de fait n'est pas propre aux salariées handicapées.

Secteurs d'activité	Travailleurs handicapés	Emploi total
Agriculture, sylviculture	1 %	1 %
Industrie	52 %	43 %
Construction	5 %	3 %
Tertiaire	39 %	49 %
Administration	5 %	4 %

Champ : établissements de plus de 19 salariés

Source : MES-DARES, Enquête sur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés¹⁰²

Les salariés handicapés occupent des emplois très divers puisqu'ils exercent dans 220 des 224 familles professionnelles¹⁰³ 7, y compris dans des emplois « requérant des conditions d'aptitudes particulières » tels que les 2 310 conducteurs routiers (1,1% des emplois déclarés) ou les 1 984 ouvriers qualifiés des travaux publics et du béton.

Cependant, la moitié des postes occupés relèvent de seulement 22 des 224 familles professionnelles. Il y a donc une forte concentration de ces salariés sur quelques familles professionnelles (FAP) pour lesquelles leurs handicaps ne sont apparemment pas rédhibitoires.

¹⁰² Première synthèses, 98.11, n° 47.1, *op. cit.*, p. 3.

¹⁰³ Dans la déclaration faite par l'employeur, c'est la Catégorie Socioprofessionnelle des Emplois Salariés d'Entreprise (CSP-ESE en 350 postes) qui est indiquée. Le niveau de finesse de cette nomenclature étant trop élevé pour se prêter à une analyse statistique exploitable et ses niveaux en 23 et 5 postes étant au contraire trop synthétiques, les CSP ont été recodées en FAP (familles professionnelles) 224 qui offre un bon niveau de finesse pour décrire les métiers exercés.

Source : le chômage des personnes handicapées, portrait statistique, Observatoire de l'ANPE, 2005, p. 16

Métiers où plus d'un demandeur sur dix est handicapé (part des demandeurs handicapés dans la demande d'emploi)

	en %
Agent de gardiennage et d'entretien	42
Polymaintien	24
Jardinier d'espaces verts	22
Interconnecteur électronique	18
Agent d'accueil	18
Agent de sécurité et de surveillance	18
Chargé d'études techniques du BTP	16
Agent administratif d'entreprise	16
Agent administratif des services au public	15
Conducteur de transport en commun (route)	14
Conducteur-livreur	13
Vendeur en produits utilitaires	12
Aide de cuisine	12
Maraîcher-horticulteur	12
Agent de finition, contrôle et conditionnement	11
Agent de service de collectivité	11
Caissier	11
Nettoyeur de locaux et de surfaces	10
Agent du stockage et de la répartition des marchandises	10
Technicien de maintenance en informatique	10
Agent de manipulation et de déplacement des charges	10

Part des demandeurs d'emploi handicapés dans la demande d'emploi totale : 7%

DEFM 1+2+3+6+7+8 de décembre 2004 (effectifs de demandeurs handicapés supérieurs à 1 000) - France métropolitaine
Source : ANPE/PERSEE

➤ *Avec des profils de salariés très différents selon les secteurs productifs*

Deux grands secteurs productifs accueillent plus de neuf salariés handicapés sur dix : « Commerce et services » et « Industrie » (respectivement 48 % et 42 % des emplois). Parmi les facteurs de différenciation des salariés handicapés, le plus important correspond à l'opposition de deux grands types de profils de salariés : le premier très majoritairement masculin est le plus souvent de catégorie ouvrière, plus âgé que la moyenne et présent dans l'entreprise depuis de nombreuses années. Les emplois du secteur agricole quant à eux représentent 0,6 % de l'ensemble des emplois de travailleurs handicapés. C'est dans les entreprises de l'Industrie et de la Construction, notamment, les plus importantes en nombre de salariés que l'on trouve ce premier profil. On peut faire l'hypothèse qu'il traduit la ca-

pacité de ces entreprises à maintenir leurs salariés en emplois après survenue d'un handicap ou bien que ces travailleurs handicapés parviennent à négocier une reconversion dans ces secteurs d'activité.

Le deuxième profil, plus féminisé, correspond à des employés souvent plus jeunes et présents depuis moins longtemps dans l'entreprise. L'origine de reconnaissance du handicap est plus fréquemment la COTOREP. Ces profils correspondent davantage aux entreprises de moindre taille et aux secteurs du Commerce et des Services.

➤ *Des différences entre salariés handicapés*

Si les principales caractéristiques des travailleurs handicapés sont très stables dans le temps, cette population étant hétérogène, d'autres dimensions n'ont pas la même stabilité. Il en est ainsi de l'importance des différentes catégories de travailleurs handicapés dans l'ensemble des salariés qui a connu des évolutions : « le poids des accidentés du travail s'est réduit de 12 points en six ans au profit des travailleurs handicapés reconnus par les COTOREP. Les salariés reconnus par la COTOREP sont maintenant [1998] la catégorie de travailleurs handicapés la plus importante (45 % de l'ensemble), devant les accidentés du travail (43 %). En 1991 l'ordre était inverse : ils représentaient 33 % des travailleurs handicapés et les accidentés du travail, 53 % . »¹⁰⁴ Pour expliquer cette inversion, la cour des comptes¹⁰⁵ évoque le déclin d'activités très dangereuses (mines, BTP), la baisse du nombre d'ouvriers (les trois quart des accidents surviennent à des ouvriers) et les mutations de l'activité au sein de certaines branches professionnelles comme le BTP.

Répartition des travailleurs handicapés en emploi selon les catégories

COTOREP	Accidents du travail	Invalides pensionnés	Mutilés de guerre
45 %	43 %	9 %	3 %

Champ : établissements de plus de 19 salariés

Source : MES-DARES, Enquête sur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés¹⁰⁶

La distribution des personnes handicapées selon les catégories n'est pas homogène : la répartition homme/femme varie d'une catégorie à l'autre, ainsi, tout en restant majoritairement masculine, la proportion des femmes est plus élevée dans les travailleurs handica-

¹⁰⁴ *Ibid.*, Première synthèses, 98.11, n° 47.1, p. 3.

¹⁰⁵ « La gestion des risques accident du travail et maladies professionnelles », Cour des comptes, février 2002.

¹⁰⁶ Première synthèses, 98.11, n° 47.1, *op. cit.*, p. 3 - 5.

pés reconnus par la COTOREP que parmi celle des accidentés du travail (32 % contre 11 %) ; elle est aussi plus jeune (son âge moyen est de 42 ans contre 50 ans pour l'ensemble des travailleurs handicapés). À l'inverse, les accidentés du travail sont essentiellement des hommes (89 %) et plus âgés (48 ans en moyenne)¹⁰⁷. La catégorie des invalides pensionnés est relativement stable, les femmes y sont majoritaires et occupent essentiellement des postes dans le tertiaire (62 %). Enfin, les mutilés de guerre sont une catégorie masculine âgée qui occupe des postes qualifiés de professions intermédiaires¹⁰⁸.

Répartition hommes – femmes selon les catégories en 1998

	COTOREP	Accidents du travail	Invalides pensionnés	Mutilés de guerre	Total
Hommes	68 %	86 %	43 %	97 %	73 %
Femmes	32 %	14 %	57 %	3 %	27 %

Champ : établissements de plus de 19 salariés

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

On constate aussi des différences quant aux secteurs d'activité dans lesquels ils exercent. Les travailleurs handicapés reconnus par la COTOREP occupent plus fréquemment que les autres catégories des emplois dans le secteur tertiaire ainsi que dans l'industrie. Globalement, leurs emplois sont moins qualifiés que ceux des autres catégories.

Qualification des travailleurs handicapés selon la catégorie

Qualifications	COTOREP	Accidents du travail	Invalides pensionnés	Mutilés de guerre
Cadres et chefs d'entreprises	3 %	7 %	6 %	24 %
Professions intermédiaires	12 %	20 %	17 %	28 %
Employés	31 %	11 %	39 %	12 %
Ouvriers	54 %	61 %	37 %	36 %
<i>Dont non qualifiés</i>	<i>26 %</i>	<i>13 %</i>	<i>15 %</i>	<i>6 %</i>

Champ : établissements de plus de 19 salariés

Source : MES-DARES, Enquête sur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés¹⁰⁹

¹⁰⁷ *Ibid.*, Première synthèses, 98.11, n° 47.1, p. 4.

¹⁰⁸ *Ibid.*, Première synthèses, 98.11, n° 47.1, p. 4.

¹⁰⁹ *Ibid.*, Première synthèses, 98.11, n° 47.1, p. 3.

Les différences entre catégories se retrouvent dans les secteurs d'activités dans lesquels ils sont employés. Les accidentés du travail sont les plus représentés dans le secteur de la construction. Cette spécificité tient en partie au fait que les salariés du bâtiment et des travaux publics ont tendance à se reconverter (via une formation qualifiante en centre de rééducation professionnelle) dans des métiers de ce secteur adaptés à leur handicap (dessinateur en bâtiment, métreur, chef de chantier, peintre en bâtiment, etc.).

Les secteurs employeurs des travailleurs handicapés selon les grandes catégories

Secteurs d'activité	COTOREP	Accidents du travail	Invalides pensionnés	Mutilés de guerre
Agriculture, Sylviculture	1 %	1 %	0	0
Industrie	46 %	58 %	37 %	53 %
Construction	2 %	9 %	1 %	4 %
Tertiaire	47 %	31 %	42 %	39 %
Administration	5 %	2 %	20 %	4 %

Champ : établissements de plus de 19 salariés

Source : MES-DARES, Enquête sur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés¹¹⁰

Si les travailleurs handicapés concentrent certaines caractéristiques qui les différencient des autres demandeurs d'emploi (une population essentiellement masculine, plus âgée que la moyenne des demandeurs d'emploi et ayant fréquemment un bas niveau de qualification), ce sous-groupe de demandeurs d'emploi est, comme on vient de le voir loin d'être homogène pour autant.

9.6.4 Des constats identiques pour ceux employés dans la fonction publique¹¹¹

Une part des travailleurs handicapés connaît une insertion dans les trois fonctions publiques par le biais de concours. Comme dans le cas de ceux travaillant dans le secteur privé, le taux d'emploi des travailleurs handicapés dans le secteur public est inférieur au quota attendu.

Dans la fonction publique de l'État, le constat de l'insuffisance du nombre de travailleurs handicapés employés a conduit le ministre en charge de la fonction publique à proposer aux organisations syndicales des fonctionnaires considérées comme représentatives, la

¹¹⁰ *Ibid.*, Première synthèses, 98.11, n° 47.1, p. 4.

¹¹¹ M. Rey, A. Le Benoist, « L'emploi des travailleurs handicapés en 2003 », Résultats, Ministère de la fonction publique, juin 2005.
http://www.fonction-publique.gouv.fr/fp/statistiques/pointstats/handicapes_2003.pdf

signature d'un protocole d'accord sur l'insertion des travailleurs handicapés dans la fonction publique de l'État. Ce protocole a été signé le 8 octobre 2001 par cinq des sept organisations syndicales siégeant au Conseil Supérieur de la Fonction Publique d'État (CFDT, UNSA, FSU, CGC, CFTC). Ce protocole comporte des dispositions devant permettre d'améliorer le taux d'emploi des travailleurs handicapés dans la fonction publique. Dans cette perspective que chaque ministère a élaboré un plan triennal d'action, reconductible, couvrant la période 2003-2006. D'une manière générale, le protocole d'accord du 8 octobre 2001 prévoit la généralisation de la procédure de recrutement par contrat des travailleurs handicapés dans la fonction publique de l'État, en impliquant les chefs de service au niveau déconcentrés et en les rendant comptables du respect de l'obligation d'emploi dans leurs services¹¹².

Le champ de l'enquête, dont sont issus les résultats présentés, est basé sur l'obligation d'emploi à laquelle est assujetti l'État. Sont inclus dans ce champ :

- Les administrations de l'État,
- Les établissements publics administratifs, les établissements publics scientifiques, culturels et professionnels, les établissements publics scientifiques et techniques, occupant au moins 20 agents à temps plein ou équivalent,
- La Poste et deux établissements publics industriels et commerciaux, l'Office National des Forêts (ONF) et l'Office National Interprofessionnel des Céréales (ONIC).

➤ *Un taux d'emploi comparable au secteur privé*

Le taux d'emploi est à un niveau comparable dans les trois fonctions publiques. Dans la fonction publique territoriale, le taux d'emploi de personnes handicapées s'élève en 2001, dans les collectivités employant au moins 20 agents, à 4,4 % (soit 44 000 bénéficiaires), taux légèrement supérieur à celui constaté pour l'État, qui est de 4,2 % en 2001. Celui de la fonction publique hospitalière est estimé à 4,5 % en 2002. Ces taux prennent en compte les « emplois indirects », c'est-à-dire la valorisation en « équivalents bénéficiaires » de la passation de marchés avec des ateliers protégés¹¹³.

¹¹² Un décret en ce sens a été publié le 18 janvier 2005 pour rapprocher la situation juridique des travailleurs handicapés recrutés par contrat de celle des lauréats de concours, supprimer les COTOREP en formation « secteur public » et mettre définitivement un terme à la voie d'accès dite des « emplois réservés ».

¹¹³ M. Rey, A. Le Benoist, 2005, *op. cit.*, p. 23.

	en %		
	Fonction publique de l'État (2003)	Fonction publique territoriale (2001)	Fonction publique hospitalière (2002)
Taux légal d'emploi	4,2	4,4	4,5

DGAFP, bureau des statistiques, des études et de l'évaluation

Sources : enquête auprès des directions de personnel de la DGAFP, bilan social DGCL-CNFPT, enquête auprès d'un échantillon de 200 établissements la FPH.

Hors Éducation nationale¹¹⁴, le taux légal d'emploi des bénéficiaires de l'obligation d'emploi s'élève, au 31 décembre 2003, à 4,2 % des effectifs des départements ministériels et des établissements publics qui ont participé à l'enquête. Si l'on exclut les anciens militaires non titulaires d'une pension militaire d'invalidité, ce pourcentage est de 3,6 %.

En 2003, le taux d'entrée des nouveaux bénéficiaires est de l'ordre de 11,9 % (hors Éducation nationale) contre 9,7 % en 2002. Ce pourcentage s'élève à 5,6 % si l'on intègre l'Éducation nationale). Les administrations réalisent pour une grande partie des opérations de maintien dans l'emploi, et ce phénomène est en progression, puisque la proportion d'agents inaptes et reclassés s'élève à 34,3 % en 2003 contre 27,9 % en 2002. En termes de données brutes, on constate 251 reclassements de plus qu'en 2002 (la quasi-totalité des nouveaux bénéficiaires de la Poste est constituée de personnels reclassés).

➤ *Des situations différenciées selon les ministères*¹¹⁵

Le premier constat qui peut être dressé est celui de la forte hétérogénéité des situations entre les départements ministériels ou établissements publics : le taux d'emploi des bénéficiaires de l'obligation d'emploi varie de moins de 1 % à plus de 10 %.

Pour plusieurs administrations, le taux d'emploi est supérieur à l'objectif de 6 % : le ministère en charge de l'emploi (6,6 %), le ministère de l'outre-mer (8,6 %), la Poste (6,3 %), Météo France (9,7 %) et l'ONF (10,1 %). Il convient néanmoins de relever que Météo France et l'ONF dépassent le taux légal grâce à une forte proportion d'anciens militaires valides dans leurs effectifs. D'autres administrations progressent et s'approchent du taux de 6 %, comme le ministère en charge des Affaires étrangères (4,7 %), de

¹¹⁴ Le recensement des personnes handicapées travaillant à l'Éducation nationale est particulièrement difficile en raison de l'importance des effectifs de ce ministère et de leur répartition sur plus de 8 000 sites. Des bases de données disponibles permettent un dénombrement de certaines catégories de personnel handicapé mais, en l'absence d'un système d'informations intégrant les données relatives au handicap, ces bases ne permettent pas d'obtenir des résultats fiables et complets pour dénombrer les personnes en poste, qu'elles soient handicapées reconnues par la COTOREP, titulaires d'allocations temporaires d'invalidité ou personnes reclassées au cours de leur activité professionnelle.

¹¹⁵ *Ibid.*, M. Rey, A. Le Benoist, 2005, p. 24.

l'Équipement (5,4 %), de l'Intérieur (5,5 %) et de la Santé (4,5 %). En revanche, plusieurs autres ministères et établissements publics présentent un taux d'emploi inférieur : les ministères de l'Agriculture, des Finances, de la Défense, les services du Premier ministre ou encore le CNRS, l'Inra ou l'Inserm ne dépassent pas les 4 % de bénéficiaires. Si l'on isole de cette répartition La Poste, qui dénombre 70,5 % de ses bénéficiaires comme agents inaptés et reclassés, la répartition par type de bénéficiaire est sensiblement différente : les agents inaptés et reclassés ne représentent plus que 6,2 % des bénéficiaires. La part des travailleurs reconnus par la COTOREP est plus importante, avec 29 % des bénéficiaires.

➤ *Un profil sensiblement identique à ceux du secteur privé*

Comme dans le secteur privé, la population des fonctionnaires handicapés apparaît moins qualifiée que la population de l'ensemble des fonctionnaires. Si l'on regarde la répartition des travailleurs handicapés selon les catégories hiérarchiques de la fonction publique, les données relatives aux types d'emplois occupés par les agents handicapés révèlent que les emplois de catégorie C sont très largement majoritaires. Ils représentent 53,3 % de l'ensemble des bénéficiaires. Dans la fonction publique (hors Éducation nationale), 15,9 % des agents de l'État sont en catégorie A, 19,5 % en catégorie B et 48,5 % en catégorie C (16 % pour les ouvriers d'État et les non-titulaires). Plusieurs administrations ne comptent aucun agent de catégorie A (ex : ministère de l'Écologie ou la Police). 89,3 % des nouveaux bénéficiaires relevant de la Direction générale de l'aviation civile relèvent de la catégorie B. Enfin, une répartition plus homogène s'opère au sein des ministères de l'agriculture, des finances, au CNRS ou encore à l'Inserm.

Les femmes ne représentent que 32,3 % des bénéficiaires de l'obligation d'emploi. La population de travailleurs handicapés au sein de la fonction publique de l'État est donc majoritairement masculine. Comme dans le cas du secteur privé, l'une des principales raisons qui permet d'interpréter cette répartition s'explique notamment par l'exposition plus importante des hommes au risque durant leur travail en particulier dans certains secteurs de la fonction publique comme la police par exemple.

9.6.5 Une stagnation du quota autour de 4 %

Plus de dix ans après la promulgation de la loi, le quota de 6 % de personnes handicapées dans les entreprises assujetties n'est pas atteint, il plafonne à 4 % depuis 1992. On trouve la même stabilité concernant la proportion d'entreprises qui n'emploient aucun travailleur handicapé (35 % des entreprises assujetties). Les différentes analyses faites mettent l'accent sur l'enjeu que constitue pour ces entreprises l'embauche d'un premier salarié handicapé. L'expérience montre qu'une entreprise qui a déjà embauché une personne handicapée, et sous réserve que cela se soit bien passé, est davantage disposée à retenter

l'opération ; alors que celles n'ayant jamais eu de personne handicapée dans leur personnel restent prisonnières de représentations négatives. Toutefois, malgré le cumul d'aides dont bénéficient ces demandeurs d'emploi, entre 1928 (1^{ère} tentative de recensement du nombre d'invalides dans les entreprises) et 1996, date depuis laquelle le pourcentage de travailleurs handicapés stagne autour de 4 %, le taux d'insertion de ce public a peu varié. Il est difficile d'interpréter cette « tolérance » à 4 % de la part du milieu ordinaire (public et privé). On peut se demander si devant une telle stabilité, le quota actuel d'obligation à 6 % ne sera pas un jour ramené à 4 %, chiffre dicté par la loi du marché du travail. La loi s'appliquant aux entreprises de plus de 20 salariés, le pourcentage ne tient pas compte des embauches réalisées dans les entreprises non assujetties (moins de 20 salariés). Ces dernières – au nombre de 2 300 000 (soit 96 % des entreprises) – représentaient en 2004, 29 % de l'emploi salarié (dont 25 % sont dans une entreprise de moins de 11 salariés) et 36 % de l'emploi total (soit 5 800 000 personnes, y compris les non salariés)¹¹⁶. C. Guitton interprète ce constat en mettant en parallèle la loi en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés avec celle sur la prévention et le chômage de longue durée qui privilégie l'incitation à l'embauche dans les petites et moyennes entreprises : « Le législateur aurait en quelque sorte délimité les territoires respectifs de l'obligation et de l'incitation, la première, contraignante, étant limitée aux entreprises dont la taille permet cette charge supplémentaire, la seconde étant réservée aux entreprises qui embauchent et pour lesquelles les aides à l'emploi constituent autant un accompagnement financier des embauches spontanées qu'une réorientation de ces embauches au profit des chômeurs de longue durée. »¹¹⁷ Les travailleurs handicapés étant public prioritaire des politiques de l'emploi, accèdent à l'ensemble des contrats aidés (généralement des exonérations de charges) auxquels s'ajoutent les aides spécifiques pour l'embauche de ce public (prime).

Afin de disposer d'éléments de compréhension à la stagnation de ce quota, l'AGEFIPH a commandité au cabinet Louis Harris une « étude d'opinion sur l'emploi des personnes handicapées auprès des chefs d'entreprise »¹¹⁸. Cette enquête a été menée auprès de 402 chefs d'entreprise de plus de 10 salariés (102 entreprises employant des personnes handicapées et 300 entreprises n'employant aucune personne handicapée). Dans chaque structure contactée, la personne demandée était le responsable de la gestion des aspects recrutement / ressources humaines.

Les principaux résultats qui ressortent de cette étude sont les suivants :

¹¹⁶ http://www.pme.gouv.fr/economie/chiffresclefstpe/intro_1.htm.

¹¹⁷ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 376.

¹¹⁸ L'enquête Louis Harris est consultable sur le site de l'AGEFIPH http://www.agefiph.asso.fr/upload/files/Louis_Harris_aout_2005.pdf

- La personne handicapée se définit par la nature de son handicap, physique ou mental, et non par son statut ou par les difficultés que son handicap pourrait générer d'un point de vue professionnel. Les autres dimensions comme le statut COTOREP, ou la cause du handicap sont bien moins évoquées – en particulier pour les entreprises qui n'emploient pas de personnes handicapées.
- Le pouvoir d'incitation de la loi du 11 février 2005 paraît faible auprès des entreprises, puisque seul un tiers d'entre elles estiment qu'elles modifieront leurs habitudes d'emploi de personnes handicapées, et ceci tant dans les entreprises employant déjà des travailleurs handicapés (29%) que dans celles qui n'en emploient pas actuellement (31%). Cette situation peut en partie s'expliquer par la méconnaissance qu'ont les entreprises de leurs obligations d'emploi (Un peu plus du tiers d'entre elles déclarent méconnaître leurs obligations).

Les éléments permettant de comprendre ces attitudes sont peut-être à rechercher du côté du mode socialisation des personnes handicapées dans notre société : dès leur plus jeune âge elles sont exclues des dispositifs de droit commun. Si l'on adhère à l'idée selon laquelle les représentations sociales se construisent dès l'enfance, ceux que nous appellerons les « normaux » n'ont pas la possibilité d'être socialisés à la différence dès leur plus jeune âge. A l'âge adulte, ils véhiculent par contre un ensemble de préjugés à l'encontre des personnes handicapées.

L'une des façons d'apporter quelques éclaircissements à ces résultats, est de se pencher sur la phase de mise en œuvre de la politique d'emploi à destinations des personnes handicapées. Depuis 1991, elle se déroule dans le cadre des PDITH qui regroupent au niveau départemental les différents acteurs concernés par l'insertion des travailleurs handicapés. L'analyse des politiques publiques a montré l'intérêt de s'attacher à la phase de mise en œuvre car elle « se dévoile comme une scène sur laquelle interviennent des acteurs qui ne restent ni neutres ni passifs. Le contenu d'une politique publique est autant conditionné par son exécution que par la décision. »¹¹⁹

¹¹⁹ B. Radin, *Implementation, Change, and the Federal Bureaucracy*, New York, Teacher College Press, cité par Y. Meny et J.-C. Thoenig, *Politiques publiques*, 1989, *op. cit.*, p. 243.

10 LA MISE EN ŒUVRE LOCALISÉE DE LA POLITIQUE D'INSERTION DES PERSONNES HANDICAPÉES EN MILIEU ORDINAIRE DE PRODUCTION : L'EXEMPLE DU PDITH DE LA GIRONDE

10.1 LES PDITH HÉRITENT D'UN ENVIRONNEMENT MARQUÉ PAR UNE ORGANISATION DÉPARTEMENTALE

La mise en place des PDITH s'inscrit dans le mouvement qui naît au cours des années 1980 et qui s'accompagne du redéploiement des politiques sociales, via les lois de décentralisation et de déconcentration, sur une base territoriale afin de permettre une approche globale des problèmes sociaux. Comme on l'a vu, la territorialisation de l'action publique renvoie à une mise en œuvre des politiques publiques à un niveau infranational, basée de plus en plus sur une coopération entre des instances très différentes (intervention conjointe des secteurs privé et public). Le « local » devient le lieu de mise en cohérence de l'action publique car c'est à ce niveau (au plus près du terrain) que les décisions sont opérationnalisées. L'approche globale des problèmes sociaux est possible sous réserve qu'il y ait mise en cohérence des interventions des différents organismes détenteurs de la réponse à une partie du problème¹. La mise en œuvre des politiques publiques repose sur l'interdépendance des organisations impliquées dans le traitement de certains problèmes (comme l'accès à l'emploi) dont la nature transversale nécessite leur action conjointe. Leur traitement dépasse par-là même les compétences d'une seule organisation et nécessite l'intervention de plusieurs, réunies dans le cadre de l'institution d'une action collective².

La politique de l'emploi à destination des personnes handicapées n'a pas échappé au mouvement de territorialisation de l'action publique. La mise en place PDITH dès 1991, participe de cette dynamique. Comme les Plans locaux d'insertion (PLI), les PDITH relèvent d'une politique constitutive, c'est-à-dire d'une politique qui crée le cadre à l'action publi-

¹ P. Duran, et J.-C. Thoenig, « L'État et la gestion publique territoriale », *Revue française de sociologie politique*, n°46/4, 1996, p. 582.

² L'institutionnalisation de l'action collective renvoie au caractère collectif (représentants des organismes privés et publics) que revêt la construction des priorités, des arbitrages et du contenu de l'action publique P. Duran, et J.-C. Thoenig, 1996, *op. cit.*, p. 601. La notion d'action collective est à prendre dans le sens d'un mouvement regroupant plusieurs acteurs (représentant des organisations publiques ou privées), mobilisés conjointement pour la mise en œuvre de l'action publique.

que en structurant les systèmes d'acteurs. Cependant, la création des PDITH doit tenir compte d'un héritage organisationnel constitué par les législations précédentes.

Dès le vote de la loi du 27 novembre 1957, la mise en œuvre de la politique d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés se réalise à l'échelon départemental notamment à travers l'action des CDOI, qui deviendront les COTOREP en 1975, les directions départementales du Travail, les Caisses primaires d'assurance maladie, etc. Cette organisation départementale sera peu perturbée après les lois de décentralisation. Bien avant la création des PDITH, l'insertion professionnelle des personnes handicapées fait l'objet d'une organisation au niveau départemental qui peut être caractérisée par l'éclatement et le cloisonnement des organismes qui interviennent auprès des demandeurs d'emploi handicapés³. Ces organismes ont été créés par les législations précédentes et leur domaine d'intervention et de prise en charge s'adresse aux personnes handicapées selon une logique sectorielle : assurés sociaux pour les Caisses primaires d'assurance maladie, demandeurs d'emploi pour l'ANPE, handicapés physique, mentaux ou sensoriels pour certaines associations, etc. Les intervenants sont nombreux tout en ayant la plupart du temps leurs propres logiques d'action, déterminées par les institutions dont ils dépendent. Cette diversité est préjudiciable à l'efficacité des actions menées pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées : peu de lisibilité du dispositif dans sa globalité pour les usagers et entre professionnels, ignorance mutuelle des compétences respectives et logiques d'interventions des uns et des autres. Si dans plusieurs départements certains de ces organismes ont développé de façon informelle des collaborations pour améliorer les parcours d'insertion des travailleurs handicapés, on ne peut pas parler de politique départementale concertée comme le prévoient à compter de 1991 les missions dévolues aux PDITH. Il s'agit souvent d'accords entre deux ou plusieurs organismes qui visent à introduire plus d'efficacité dans un système dont le cloisonnement entre dispositifs entraîne des ruptures dans les parcours d'insertion et l'errance des personnes handicapées entre les différentes offres de services à leur disposition pour gérer leur insertion professionnelle (un même dossier peut être simultanément traité par l'ANPE, l'EPSR, une association et ceci dans une ignorance mutuelle). En l'absence de coordination, la politique d'emploi à destination des personnes handicapées souffre d'un manque d'efficacité, réitéré par différents rapports qu'ils émanent de la Cour des comptes, du Sénat ou encore de l'Igas.

La mise en place des PDITH est une réponse à l'éclatement organisationnel de la gestion des parcours d'insertion des travailleurs handicapés. Si dès le départ l'objectif des PDITH est de favoriser l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés en tenant

³ On peut faire ici un parallèle avec les observations faites concernant le système d'accueil, d'information et d'orientation des jeunes. T. Berthet, L. Gayraud *et alii*, *Synthèse nationale sur les fonctions d'accueil d'information et d'orientation*, Rapports pour le Comité de Coordination des Programmes Régionaux d'Apprentissage et de Formation Professionnelle Continue, 1999.

compte de la diversité des situations locales, ils héritent lors de leur création d'une organisation conçue dans une logique sectorielle : les organismes qui interviennent dans la gestion des parcours d'insertion relèvent pour certains de différents ministères, pour d'autres du secteur privé et interviennent à des moments différents du processus d'insertion. La première étape pour constituer un PDITH est donc d'identifier les structures qui concourent à divers titres à l'insertion des personnes handicapées. L'intervention de ces organismes privés ou publics peut être en lien avec la gestion des problèmes de santé, l'orientation, la formation professionnelle ou encore l'insertion professionnelle. Bien que tous impliqués à l'opérationnalisation d'un même but final, ils n'ont pas, à l'heure de la mise en place des PDITH l'habitude de travailler ensemble, et ont chacun une façon propre d'aborder le problème de l'insertion professionnelle des personnes handicapées et des pratiques de coopération plus ou moins développées.

Tous ces organismes se partagent la prise en charge des personnes handicapées et concourent à la mise en œuvre de leur insertion professionnelle. Si certains organismes inscrivent leurs interventions dans le cadre du droit, d'autres le font par le biais d'une contractualisation le plus souvent avec l'AGEFIPH, la DDTEFP ou l'ANPE. Ainsi, les organismes rattachés à un secteur particulier de l'action publique comme la CRAM, l'ANPE, la DDTEFP, l'AGEFIPH, et dans une certaine mesure les centres de formation spécialisés ont leur activité générale définie par des critères administratifs. Ces organismes se réfèrent à des règles conçues pour assurer la mise en œuvre de leurs missions. Le droit est l'élément constitutif de leurs pratiques et de leur légitimité. Restent les organismes dont l'action dans ce domaine est tributaire d'accords, de conventions. Dans la mesure où ce sont ces mêmes acteurs qui vont, à compter de 1991, participer au PDITH, il convient de faire un état des lieux des logiques d'action qui fondent leur intervention dans le cadre de l'insertion des demandeurs d'emploi handicapés.

10.1.1 Le corps médical : des logiques différentes

Le corps médical est présent à toutes les étapes du parcours d'insertion d'une personne handicapée, cependant, en fonction de sa spécialité, son action et sa représentation de l'insertion sont différentes. L'intervention des médecins dans le champ du handicap s'effectue dans plusieurs dimensions complémentaires : la *médecine du travail* constitue l'interface obligatoire entre l'entreprise et le salarié ; la *médecine conseil de la sécurité sociale* constitue l'interface entre le salarié et le monde du travail ; la *médecine de réadaptation et de rééducation* constitue l'interface entre la personne handicapée et la vie sociale et professionnelle ; la *médecine générale* constitue l'interface entre le patient et les dispositifs existant de prise en charge de ses difficultés de santé physique ou mentale.

➤ *Les médecins du travail*

Créés en 1947, les services de médecine du travail sont compétents pour déclarer l'aptitude ou l'inaptitude (partielle ou totale) d'un salarié au regard de son état de santé et du poste qu'il occupe ou doit occuper. Interlocuteur incontournable, le médecin du travail intervient lors d'une embauche, d'une reprise de travail et régulièrement tout au long de la vie professionnelle des salariés. Tout travailleur – qu'il soit handicapé ou non – doit, lorsqu'il a trouvé un emploi passer une visite médicale d'embauche, visite qui doit, selon les milieux professionnels se renouveler tous les ans. Cette formalité est indispensable puisqu'elle garantit dans une certaine mesure au salarié comme à l'employeur la prise en compte des risques qu'encourt le salarié à son poste de travail. Les médecins du travail ont pour mission de favoriser l'adaptation au travail de chaque salarié en fonction de son état de santé et des aptitudes requises pour le poste de travail. Le rôle de prévention joué par ce corps professionnel est important à double titre : c'est en fonction de son évaluation que le salarié est jugé apte ou inapte à son poste. Par ailleurs, les médecins du travail ont une représentation très précise du tissu économique dont ils ont la responsabilité : connaissance des conditions de travail, d'hygiène et de sécurité, ainsi que de la situation économique des entreprises. Ce sont des acteurs qui peuvent être des relais pour tout problème ayant trait à l'embauche d'une personne handicapée, pour le signalement de salariés présentant des risques d'inadaptation à leur poste, ou bien encore pour toute intervention dans l'entreprise dans le cadre de l'aménagement ou de l'adaptation d'un poste de travail pour un salarié.

Avant la mise en place des PDITH le manque de lisibilité des compétences respectives entre médecins du travail et organismes ayant en charge l'insertion des personnes handicapées s'est traduit par une absence de collaboration malgré un lien évident entre les compétences des uns et des autres. Avec la mise en place des PDITH cette situation va évoluer dans le sens d'une intégration du rôle de ces professionnels dans le processus d'insertion des travailleurs handicapés. Cette reconnaissance s'ancre dans une série d'expérimentations qui se sont déroulées dans certaines régions et qui ont fait l'objet d'une généralisation à l'ensemble des départements à travers la mesure financée par l'AGEFIPH de *maintien dans l'emploi*⁴.

➤ *Les médecins conseil*

Les médecins conseils sont au service de l'assurance maladie et déterminent si un assuré social est apte ou non à reprendre « une » activité professionnelle. Leurs critères d'évaluation reposent sur une évaluation globale d'une capacité physique et mentale à travailler en général. Leur appréhension de la situation d'un assuré social se fait en fonction

⁴ Voir annexe 7 sur la présentation des mesures AGEFIPH

de l'évaluation qu'ils font d'une aptitude ou inaptitude selon des barèmes indicatifs d'invalidité qui proposent une grille d'évaluation par lésion. Leur évaluation tient compte de la nature de l'infirmité, de l'état général de la personne, de son âge, de ses capacités mentales et physiques⁵. Sans entrer ici dans des détails de pourcentages, de niveau de ressource et de montant des prestations sous forme de rente accident du travail ou de pension d'invalidité, le rôle du médecin conseil s'inscrit dans une logique d'économie de la santé : c'est à partir de l'évaluation qu'il fait des capacités d'une personne à travailler que vont se déclencher ou non un certain nombre de prestations.

Si leur représentation du milieu économique est floue, celle des dépenses de santé l'est nettement moins. Leur rôle comporte une large dimension de contrôle qui vise à gérer au mieux les dépenses de santé. Ils sont généralement perçus par les professionnels de l'insertion (conseillers de l'emploi, travailleurs sociaux) comme des personnes entravant le processus d'insertion professionnelle soit en consolidant⁶ trop tôt une personne, soit en surestimant la capacité de travail restante de certains assurés. Dans tous les cas, les personnes qui ont en charge le suivi de ces assurés évaluent à leur tour le travail à réaliser avec la personne et peuvent être amenés à remettre en cause la décision du médecin conseil. Cette remise en cause peut se traduire par la demande d'une seconde évaluation du médecin conseil. D'une façon générale, le médecin conseil est davantage perçu par les différents intervenants comme un acteur ayant un fort pouvoir discrétionnaire et dont les décisions ne servent pas nécessairement l'intérêt de la personne handicapée : l'évaluation faite des aptitudes à occuper un emploi repose exclusivement sur des critères médicaux sans prise en compte d'autres critères venant impacter les possibilités de retour au travail comme le niveau de formation, l'âge, la mobilité géographique, etc.

➤ *Les médecins généralistes*

La médecine générale est quant à elle absente des acteurs ayant en charge l'insertion des personnes handicapées. Alors que leur nombre et leur connaissance des situations pourraient en faire des relais pour orienter la personne handicapée vers les structures habilitées à prendre en charge le suivi de ce type de patient, les médecins généralistes ont des difficultés à orienter les personnes vers le réseau d'acteurs adéquat. Force est de constater que malgré ses atouts, la médecine générale ne constitue pas encore aujourd'hui une ressource dans le cadre de l'insertion des personnes handicapées.

⁵ Pour plus d'informations consulter l'ouvrage de A. Triomphe, *op. cit.*, 1995, p. 253 à 266.

⁶ La consolidation n'est pas la guérison qui suppose un retour à l'état antérieur, elle correspond à un état stabilisé de la personne. Elle n'est pas définitive et peut être entrecoupée de phase pendant lesquelles la personne est en arrêt maladie.

➤ *Quelles logiques dans le corps médical ?*

Les logiques dans lesquelles ces médecins inscrivent leurs pratiques sont différentes. Si les médecins du travail et les médecins conseils évaluent l'aptitude au travail d'un salarié, ils se réfèrent à des logiques d'action différentes. Le médecin conseil inscrit sa pratique dans une logique de réparation : il s'agit pour lui de définir un taux d'invalidité selon des règles administratives et de le traduire en capacité de travail en général. Le médecin du travail se réfère quant à lui à une approche de la santé au travail inscrite dans un contexte réglementaire et économique ; sa logique d'action est celle de la prévention.

10.1.2 Une diversité de services d'orientation et de placement

L'ensemble des organismes de placement a pour mission d'accompagner le demandeur d'emploi handicapé vers l'emploi. Ils ont en commun de mener une action en amont et en aval du reclassement : *vis-à-vis des personnes handicapées* ils assurent l'accueil, l'information, l'orientation et l'insertion ; *vis-à-vis des entreprises*, ils assurent la prospection, l'information des employeurs, la mise en œuvre des mesures spécifiques d'aides à l'embauche⁷ et le suivi des placements.

Si l'objectif est similaire, on peut faire l'hypothèse que les contraintes inhérentes à chaque organisme (objectifs en termes de résultats d'insertion, modes financement) induisent des parcours d'insertion différents à personne handicapée égale.

➤ *La COTOREP : une fonction d'accueil et d'orientation*

Dans la mesure où la qualité de travailleur handicapé est subordonnée à sa décision, la COTOREP est le passage obligé pour toute personne handicapée qui souhaite bénéficier des mesures destinées à favoriser son insertion professionnelle. Comme on l'a vu précédemment, la COTOREP est lieu où se joue la première orientation des personnes handicapées (*cf. supra* chapitre 4.1). Les pratiques d'orientation des COTOREP varient fortement d'un département à l'autre il est difficile de mettre à jour une logique d'action unique (orienter prioritairement vers le milieu protégé, ou ordinaire par exemple). On rappellera juste le constat suivant : lors de la mise en place des PDITH la COTOREP n'est plus perçue, malgré son rôle central, comme l'organisme à même de répondre, pour une partie du public, aux nouvelles exigences d'une insertion professionnelle se définissant en termes de parcours individuels.

⁷ Voir annexe 10.

➤ *Les Centres Interinstitutionnel de Bilan de Compétence (CIBC)*

Développés à l'initiative du Ministère du travail à partir de 1986, les CIBC se sont vus définir par la puissance publique des missions⁸. Ils reçoivent tous publics (jeunes et adultes, salariés, demandeurs d'emploi, etc.). À titre ils peuvent accueillir des travailleurs handicapés afin de les accompagner dans une démarche de bilan de compétences. Ces bilans reposent sur la participation de partenaires parmi lesquels, l'ANPE, l'AFPA, l'Education nationale, etc.

10.1.3 Les organismes de formation

➤ *Les CRP*

Les centres privés de réadaptation et de rééducation professionnelle agréés par l'État et subventionnés par lui sont spécialisés pour former des personnes handicapées⁹. Ils sont au nombre de 170 et sont répartis de façon hétérogène sur l'ensemble du territoire national. Leur aire de recrutement est nationale et les conditions de leur accès soumis à l'avis de la COTOREP. Leur offre de formation va de l'infra-qualifiant (orientation professionnelle, remise à niveau) à la qualification (leurs formations sont agréées par l'AFPA) et certains centres s'adjoignent les services d'un conseiller de l'emploi. Ils ont acquis une légitimité avec la loi du 27 novembre 1957. Les logiques de réparation et de rééducation sont dominantes : « Les travailleurs handicapés ont droit à réparation ou compensation de leur handicap qui les situe sur un plan d'inégalité de chances avec les autres bénéficiaires de la formation. La correction de ce désavantage implique assez souvent des mesures particulières que seul le dispositif spécialisé peut dispenser »¹⁰. Ces centres de formation affichent une longue pratique dans la formation des travailleurs handicapés, et ce, quelque soit le handicap.

➤ *Les centres de formation portés par des associations spécialisées dans certains handicaps*

Certaines associations ont développé des actions de formation à destination d'un public porteur de certains handicaps. On peut citer le développement des formations à l'informatique braille, ou pour certains handicaps physiques nécessitant des adaptations particulières des postes informatiques. Ces associations ont une offre de formation réduite et spécialisée en réponse à des besoins précis non pris en charge par les autres centres de formation du fait du caractère expérimental et des supports pédagogiques particulier auxquels ils font appel.

⁸ Actuellement le texte en vigueur date du 21 décembre 1995 (circulaire DFP 95/23).

⁹ Certains d'entre eux ne s'adressent qu'à des formes de handicaps précis.

¹⁰ *Le livre blanc de la rééducation professionnelle : emploi, formation handicap*, Paris, FAGERH, 1987.

➤ *Les centres de formation de droit commun*

Ils concernent les centres AFPA¹¹, les GRETA, les ateliers pédagogiques personnalisés ou tout autre organisme¹² accueillant un public non handicapé. Ces centres ont pour vocation d'effectuer l'accueil, l'orientation et la formation des demandeurs d'emploi. Leur référentiel est l'accès à la formation. Bien qu'ouverts aux personnes handicapées, en dehors des pratiques de bilan-évaluation, ces centres ont peu de pratique dans la gestion d'un public handicapé.

10.1.4 Les organismes ayant en charge l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés

➤ *L'ANPE*

L'ANPE a pour mission d'apporter son appui à toute personne à la recherche d'un emploi, d'une formation. À ce titre, elle apporte son concours à l'orientation et à l'insertion des personnes handicapées (art. 22 de la loi d'orientation du 30 juin 1975). À partir de son réseau d'agences locales, la mission de l'ANPE est de concourir à l'insertion professionnelle des personnes handicapées inscrites comme demandeurs d'emploi. Un ou deux conseiller(s) de l'emploi, souvent spécialisé(s) dans le suivi de ce public, se charge de l'accueil des personnes handicapées, et s'assure de leur accès aux mesures de droit commun d'aides à l'embauche (accès à des formations préqualifiantes, contrats aidés dans le secteur marchand et non marchand). Le conseiller de l'emploi de l'ANPE siège à la CO-TOREP, il émet en équipe technique un avis sur les choix d'orientations professionnelles. Il est l'acteur incontournable ouvrant l'accès aux mesures d'aides de droit commun gérées par l'ANPE. Sa logique d'action est la gestion de la répartition des publics dans les différentes mesures d'accès à l'emploi.

➤ *Les EPSR et les OIP*

Comme on l'a vu précédemment, la mission d'une EPSR est d'aider à l'insertion professionnelle des personnes handicapées. En 1994, au niveau national, sur les 94 structures existantes, 47 étaient de droit public et 47 de droit privé. Les moyens humains et financiers dont disposent les EPSR en fonction de leur statut sont très différents : généralement une EPSR de droit public compte 3 salariés (une secrétaire – généralement à temps partiel, un assistant social et un conseiller de l'emploi détaché par l'ANPE) ; une EPSR de droit privé compte généralement de 4 à 6 salariés. Deux grandes logiques d'action animent leurs

¹¹ Association nationale pour la formation professionnelle des adultes.

¹² Type GRETA, ASFO, Atelier Pédagogique Personnalisé, etc.

interventions auprès des travailleurs handicapés : certaines EPSR ont une approche plutôt sociale de l'insertion professionnelle, d'autres EPSR ont davantage une approche économique. Comme on l'a vu précédemment, les OIP ont des missions similaires aux EPSR. Leur mode de financement par l'AGEFIPH les conduit à mener une action davantage tournée vers une insertion directe en entreprise. Les publics suivis diffèrent de ceux suivis par les EPSR, ces derniers ayant en généralement en charge des travailleurs handicapés plus éloignés de l'emploi.

➤ *Les services de placement des Caisses régionales d'assurance maladie*

Certaines CRAM, ont mis en place des services de placement, c'est le cas en région Aquitaine. La mission de reclassement professionnelle vise à apporter une aide globale d'ordre matériel, psycho-social et professionnel à des personnes confrontées, ou susceptibles de l'être, à des problèmes graves en lien avec la maladie, l'accident ou le handicap. Le public pris en charge est tout assuré du régime général qui, à la suite d'un arrêt de travail pour maladie ou consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle est reconnu inapte à l'exercice de sa profession. La prise en charge des assurés peut durer plusieurs années et comprend le financement de la rééducation professionnelle, depuis le signalement de la personne jusqu'à son insertion professionnelle¹³. Un critère d'âge intervient, il faut être âgés de moins de 45 ans (sauf exception¹⁴) pour bénéficier du volet formation ou insertion professionnelle. Un représentant du service social siège à la COTOREP et réalise des évaluations sociales. Toutefois, la politique des services sociaux des CRAM a été réorganisée en 1997 à la suite de nouvelles priorités définies par la CNAM. Dans leur grande majorité les services spécialisés dans le reclassement professionnel ont été dissous et leur personnel ont vu leurs missions recentrées vers l'accès aux soins et le maintien à domicile¹⁵.

➤ *La Mutualité sociale agricole*

On ne reviendra pas ici sur l'histoire de la MSA, il reste qu'à l'heure actuelle cet organisme affiche un manque de moyens tels que les assurés qui relèvent du régime de la mutualité agricole sont réorientés pour leur insertion vers d'autres prestataires et en particulier les EPSR.

¹³ Certains assurés peuvent bénéficier d'un contrat de rééducation professionnelle financée par la CPAM. L'accord du financement est donné par le conseil d'administration.

¹⁴ Cas de maintien dans l'emploi par exemple. Les personnes qui ne répondent pas à ces critères peuvent cependant faire l'objet d'un accompagnement en vue de leur insertion sociale.

¹⁵ Les CRAM ayant des conseillers de l'emploi les ont réinsérés dans d'autres services.

➤ *Le secteur associatif*

Les associations représentant les personnes handicapées sont nombreuses et de natures très diverses. Elles diffèrent par leur taille, leur pouvoir de représentation et leur philosophie d'action¹⁶. Il est par conséquent difficile d'en faire une présentation exhaustive. Nombre d'entre-elles sont spécialisées dans la gestion d'un handicap particulier¹⁷. Certaines ont développé de longue date des pratiques d'insertion. On trouve certaines associations spécialisées dans gestion d'un ou plusieurs types de handicaps particuliers (déficiences visuelles, auditives, motrices, cérébrales, etc.) ; sur le département de la Gironde on peut citer le GIHP, l'APF, AIREPH, SPPS, etc.). Quantitativement ces associations traitent moins de situations de reclassement professionnel que d'autres associations plus généralistes qui assurent l'insertion d'un plus grand nombre de travailleurs handicapés.

➤ *Quelles logiques à l'œuvre parmi les organismes d'insertion ?*

Deux grandes logiques sont à l'œuvre dans les organismes ayant en charge l'orientation et l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. Une logique sociale et une logique de marché. Elles sont plus ou moins dominantes selon les structures et peuvent coexister dans le même organisme.

10.1.5 Les représentants des milieux économiques et des salariés

➤ *Les représentants du milieu ordinaire de production*

Le milieu ordinaire regroupe les représentants des entreprises. Leur référent dominant est celui du profit et leurs normes d'action sont celles liées à la performance. Les milieux économiques ont hérité d'un autre référentiel celui de la charité. Dans le domaine de l'insertion professionnelle, les milieux professionnels (Unions patronales) assurent une mission d'information qui s'inscrit dans l'un des axes permanent de l'AGEFIPH à destination des milieux économiques. Cette mission fait l'objet d'une convention signée avec l'AGEFIPH¹⁸. Certaines Unions patronales comme le MEDEF ou la CGPME ont un service de prospection d'emplois pour des travailleurs handicapés co-financé par l'AGEFIPH.

¹⁶ On retrouve dans ce secteur associatif la tension entre intégration et ségrégation.

¹⁷ En Gironde, le GIHP est spécialisé dans les handicaps moteurs et les déficiences visuelles, l'Union des aveugles du Sud-Ouest ne s'occupe que des déficients visuels, l'APF des handicaps moteurs, et l'ARI et SPPS des déficiences auditives.

¹⁸ La première convention a été signée le 24 mars 1990 et se traduisait par la prise en charge de 53 personnes handicapées et d'une action de sensibilisation auprès des entreprises; une seconde a été signée le 19 avril 1991 en partenariat avec la DDTEFP, l'ANPE, la médecine du travail et le GIRPEH; chaque année la convention est discutée et jusqu'à présent reconduite.

➤ *Les représentants du milieu protégé*

Le milieu protégé réunit les ateliers protégés et les centres d'aide par le travail. Ces deux appellations correspondent à des normes de production et de financements différents. Leur accès est soumis à l'avis de la COTOREP. L'action du milieu protégé s'enracine dans trois référents : la charité, le travail comme thérapeutique (CAT), la compétitivité et l'insertion professionnelle (CAT et ateliers protégés).

➤ *Les représentants des salariés : les grands absents*

Si les représentants des milieux économiques sont présents dans le PDITH, il n'en est pas de même pour les représentants des salariés. Cette absence est justifiée par l'argument selon lequel ce sont les entreprises en priorité qui permettent d'embaucher. Le rôle des représentants des salariés (syndicats, comité d'entreprise, délégué du personnel) est certes important mais joue après l'embauche ou en cours de vie professionnelle. Le renouvellement de la présidence de l'AGEFIPH en 2000 qui remplace un représentant du patronat par un représentant de la CFDT peut être un facteur de mobilisation des syndicats sur le thème général de l'emploi des personnes handicapées¹⁹. Cependant, le caractère opérationnel des missions des PDITH tend à mettre à l'écart les acteurs qui ne sont pas directement opérateurs des dispositifs, ce qui est le cas actuellement des syndicats.

10.1.6 Autres organismes ayant mission de service public

Sont classés dans cette rubrique, les organismes publics et privés qui concourent à une mission de service public pour l'insertion des personnes handicapées.

➤ *La DDTEFP*

Les missions de la DDTEFP s'inscrivent dans la politique générale de l'emploi du ministère du Travail, elles sont aussi bien réalisées à travers l'intervention de l'Inspection du travail que par les services de l'emploi et de la formation professionnelle. La DDTEFP préside la 1^{ère} section de la COTOREP, gère le secrétariat unifié de la COTOREP et assure le suivi des ateliers protégés. Elle assure la garantie de ressources des travailleurs handicapés en établissements de travail protégé (CAT et ateliers protégés).

¹⁹ Suite à cette nomination, la CFDT a organisé un séminaire afin de mobiliser les adhérents à l'intérêt de participer aux PDITH. La CFDT a organisé une enquête sur les difficultés que rencontrent les personnes handicapées dans les entreprises.

Elle effectue le contrôle de l'obligation d'emploi découlant de la loi du 10 juillet 1987 dans les établissements d'au moins 20 salariés. Lorsque l'EPSR est de droit public, elle en est le référent. La DDTEFP préside le comité de pilotage du PDITH. Enfin, elle cofinance des actions de préparation à l'emploi ou de formation des travailleurs handicapés demandeurs d'emploi.

➤ *L'ANPE*

L'ANPE siège à la COTOREP dans le cadre de l'équipe technique de la 1^{ère} section. À ce titre elle participe à l'orientation des personnes handicapées. Par ailleurs, elle est gestionnaire des mesures de droit commun à destination des demandeurs d'emploi.

➤ *La CRAM Aquitaine*

La CRAM Aquitaine siège à la COTOREP dans le cadre de l'équipe technique de la 1^{ère} section. À ce titre elle participe à l'orientation des personnes handicapées.

➤ *L'AGEFIPH*

L'AGEFIPH est représentée dans les départements par sa délégation régionale. Comme on l'a vu, ses missions sont d'impulser l'innovation, d'élaborer des programmes d'action pour favoriser l'emploi des personnes handicapées. Son objectif est de permettre l'égalisation des chances des personnes handicapées sur le marché du travail. Elle est recherchée à travers la promotion d'actions innovantes, et d'améliorer l'élaboration des parcours individuels d'insertion en favorisant le rapprochement entre mesures de droit commun et spécifique. C'est la raison pour laquelle son action est relayée par des opérateurs de terrain publics et privés dont elle attend des propositions innovantes et l'adhésion à ses normes d'action. Par ailleurs dans un souci d'égalité des chances, l'AGEFIPH contribue à assurer la réalisation de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés en veillant notamment à la mise en œuvre d'une politique de discrimination positive par le biais de primes à l'embauche.

Tous les organismes qui viennent d'être présentés ne sont pas nécessairement intégrés dans le PDITH (certains PDITH ont intégré un représentant de la médecine du travail, d'autres pas), cependant ils participent tous à des titres divers au processus d'insertion des personnes handicapées : diagnostic, réadaptation sociale et professionnelle, insertion professionnelle, suivi de l'insertion) et vont être amenés à collaborer avec le PDITH. C'est la raison pour laquelle le partenariat que l'on observe dans les PDITH, ne coïncide pas avec un, mais plusieurs réseaux d'acteurs déjà constitués, qui n'ont pas nécessairement

l'habitude de travailler ensemble. Se trouvent ainsi réunis dans les PDITH des représentants des institutions des grands secteurs concernés par l'insertion des personnes handicapées (santé, travail, emploi, formation), des associations de personnes handicapées, des représentants des milieux économiques. Les ressources (qu'elles soient financières ou statutaires) dont disposent ces différents organismes sont inégales.

10.2 LA CREATION DES PDITH : LES CONTOURS FLOUS D'UNE CONSTITUTION

La mise en place des PDITH en 1991 fait suite à un rapport²⁰ mettant en évidence le déficit en formation des travailleurs handicapés et l'inadaptation de l'organisation sectorielle de la gestion des parcours d'insertion. La constitution, au niveau départemental, d'un programme reposant sur la création d'un partenariat entre les différents organismes (privés et publics) intervenant dans le champ de l'insertion des travailleurs handicapés est préconisée pour mener localement une politique cohérente visant à améliorer l'accès à l'emploi des demandeurs d'emploi handicapés. Cependant, la lettre de Martine Aubry adressée en 1991 aux préfets pour le lancement expérimental de vingt PDITH est imprécise sur leur montage opérationnel : « le programme est élaboré par l'ensemble des parties prenantes réunies par exemple au sein d'un comité de pilotage et il est préparé par le directeur départemental du travail et de l'emploi. » L'absence d'un cadre précis va laisser la possibilité à différentes interprétations ce qui se traduira localement par la constitution de PDITH aux configurations différentes selon les départements.

10.2.1 Des initiatives différentes à l'origine des premiers PDITH

La lettre de cadrage de M. Aubry laisse aux acteurs locaux une marge de liberté pour organiser les PDITH : les missions sont définies sommairement, il s'agit de promouvoir et de coordonner la complémentarité des projets proposés par les différents partenaires de l'insertion en réunissant des représentants du service public de l'emploi, du monde économique, des élus locaux, des associations, en mobilisant tous les acteurs qui, à des titres divers, peuvent contribuer à l'insertion professionnelle des personnes handicapées. La constitution d'un partenariat élargi est recommandée comme cadre de la mise en œuvre de ces programmes dont l'objectif est de permettre l'élaboration d'un « programme cohérent d'interventions comprenant des objectifs précis et chiffrés, répondant à des besoins prioritaires en tenant compte des spécificités de chaque département retenu. »²¹

²⁰ B. Rémond, *L'accès à la formation professionnelle des travailleurs handicapés*, Rapport au ministre du travail de l'Emploi et de la Formation professionnelle, Paris : La documentation française, 1991.

²¹ Lettre du ministère de l'Emploi et de la Formation professionnelle du 2 décembre 1991 adressée aux Préfets.

Le cas de la région Aquitaine, offre suffisamment de diversité pour servir d'illustration à la diversité des situations qui ont conduit à la mise en place des PDITH. Ainsi, les PDITH de Dordogne et de Lot et Garonne ont été investis par les représentants des milieux économiques avec au départ, des actions destinées à sensibiliser les entreprises et à améliorer l'insertion des personnes handicapées (particulièrement en Dordogne). En Gironde, le PDITH a été porté par la DDTEFP et a été l'occasion d'associer les organisations patronales qui spontanément ne s'étaient pas saisies de la question de l'insertion des personnes handicapées. La situation du département des Landes est sensiblement différente. Dès 1988, plusieurs acteurs (regroupant la DDTEFP, l'EPSR de droit public, le service social de la CRAM Aquitaine, l'ANPE et la MSA) se retrouvent de façon informelle à la DDTEFP pour traiter ensemble de certaines questions communes qui se posent concernant l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. Ensemble, ils créent l'association *Challenge* dont l'objectif est de rendre plus efficace leur action en traitant conjointement de problèmes spécifiques, comme l'errance de certaines personnes au gré des organismes rencontrés²², et une meilleure lisibilité de leur action vis-à-vis des entreprises. Au cours de leurs réunions ils apprennent à connaître leurs missions respectives, ce qui va leur donner le moyen de réorienter chaque personne handicapée vers l'organisme pouvant la prendre en charge ; ils abordent ensemble les situations d'insertion jugées difficiles. Enfin, la possibilité de se référer à un nom commun (*Challenge*) permet de donner aux entreprises une apparente homogénéité à leurs actions sectorielle. Leur collaboration les conduit à monter une opération médiatique pour promouvoir le placement des travailleurs handicapés à Dax et à Mont de Marsan²³. Déjà structurée en système d'acteurs départementaux, l'association Challenge est un précurseur des PDITH dans la mesure où l'objectif de l'association est d'améliorer les parcours d'insertions des travailleurs handicapés. Cependant, Challenge est constituée d'organismes essentiellement publics ce qui induit une perception particulière : celle d'une « excroissance du service public ». Le lancement des PDITH est l'occasion pour les organismes investis dans Challenge d'affirmer leur collaboration tout en l'élargissant à de nouveaux acteurs ; l'association *Challenge Landes*²⁴ est créée en 1992. Le département des Pyrénées Atlantiques offre un autre cas de figure : il se caractérise par un déficit d'organismes de placement de travailleurs handicapés (absence d'EPSR) et supporte une tension entre le Pays basque et le Béarn qui va être l'un des éléments de blocage à la constitution d'un PDITH sur ce département. Dès 1992, une associa-

²² Dans une logique d'offre de services multiples, les travailleurs handicapés n'hésitaient pas à faire suivre leur dossier par plusieurs organismes d'insertion spécialisés. D'autres, ne trouvaient pas celui pouvant répondre à leur demande.

²³ Une coopération avec le Lion's Club de Dax qui leur permet de tester une nouvelle forme d'information auprès des entreprises : des employeurs s'engagent à faire transmettre à leur réseau l'information sur le recrutement des travailleurs handicapés. Le message passera de façon plus positive si elle se fait entre chefs d'entreprises.

²⁴ Association indispensable pour gérer les fonds que l'AGEFIPH transfère pour le financement d'opérations innovantes.

tion (*Txalupa*) est créée à Bayonne avec comme objectif de promouvoir l'information auprès des entreprises sur la loi du 10 juillet 1987. Elle regroupe alors la DDTEFP, la CRAM Aquitaine et l'ANPE. Txalupa cible le Pays basque et le Béarn reste déficitaire d'actions. Les démarches faites pour favoriser la création d'un PDITH pouvant fédérer les acteurs impliqués dans l'insertion des travailleurs handicapés au niveau départemental vont se heurter à la logique de ce département dans lequel deux pôles sont identifiés l'un sur Pau l'autre à Bayonne. Après de nombreuses négociations ce n'est pas un, mais deux PDITH qui sont créés en 1997 sur ce département.

Ainsi, sur une même région, on constate que la mise en place des PDITH s'est réalisée dans des conditions très différentes. Cette diversité laisse présager que la mise en œuvre locale de la politique d'emploi à destination des personnes handicapées va se dérouler différemment selon les PDITH. Dès lors, il conviendrait de pouvoir retracer l'histoire de chacun d'eux afin de mieux illustrer et comprendre la façon dont est mise en œuvre une politique publique de prime abord homogène dans sa définition, mais qui, du fait des disparités des contextes locaux peut subir des inflexions différentes. Cependant, seul le cas du PDITH de la Gironde (et quelquefois celui des Landes) servira d'illustration de la phase de mise en œuvre.

10.2.2 La création du PDITH girondin : un PDITH « fusionnel »

En ces temps d'expérimentation, la démarche est innovante et l'empirisme est au fondement de la création du PDITH de la Gironde. La lettre de M. Aubry, seul document de référence, est trop imprécise et laisse les futurs partenaires avec un certain nombre d'interrogations, dont celle concernant la constitution d'un comité de pilotage : « au début les gens ne savaient pas trop comment constituer un comité de pilotage, en partenariat mais on ne savait pas avec qui. L'AGEFIPH ça, c'était incontournable, mais pour les autres ? »²⁵ La DTEFP, l'ANPE, la CGPME et des associations de personnes handicapées signent une convention de partenariat dont l'objectif est la mise en place d'un PDITH. Ce dernier est créé le 19 novembre 1992 et sa mission est de « favoriser l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés en créant un trait d'union entre les handicapés et l'entreprise ».

²⁵ Entretien avec la responsable du PDITH de la DDTEFP.

Signataires : DDTEFP, ANPE, CGPME, UPA, AGEFIPH

Partenaire : CRAM Aquitaine

Partenaires associations : Association pour l'insertion et la recherche d'emploi pour les handicapés (AIREPH), APF, GIHP, GIRPEH, Média Hand'Treprise, Service de promotion professionnelle des sourds (SPPS) et l'Union des aveugles du Sud-Ouest (UASO). Ces associations sont sollicitées en tant qu'opérateur de terrain pour la mise en œuvre de la politique départementale en direction de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés.

Organismes participant au PDITH

<i>Principaux acteurs</i>	<i>Associations spécialisées</i>
- DDTEFP	- GIHP (Groupement pour l'Insertion des Handicapés Physiques)
- ANPE	- ARI (Association pour la Réadaptation et l'Intégration)
- CRAM Aquitaine	- APF (Association des Paralysés de France)
- EPSR	- SPPS (Service de la Promotion Professionnelle des Sourds)
- Média Hand'Treprise	- UASO (Union des Aveugles du Sud-Ouest)
- GIRPEH (Groupement Interprofessionnel Régional pour la Promotion de l'Emploi des Handicapés)	
- CGPME	
- UP (MEDEF)	

Au cours de l'année 1993 d'autres associations spécialisées dans la prise en charge de certaines formes de handicap viendront rejoindre les opérateurs de terrain. En mai 1994, le PDITH prend une forme associative et se nomme *Handic'Aptitude* dont la présidence est assurée par la CGPME. La constitution du PDITH répond bien à la prescription de sa constitution : regrouper les organismes intervenant localement dans l'insertion des personnes handicapées. L'objectif général que se donne le PDITH est de réaliser 400 placements par an²⁶ et deux grands axes d'interventions sont décidés : la sensibilisation aux entreprises et l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés.

²⁶ Ces nombres correspondent à l'agrégation des placements réalisés par les différentes structures de placement impliquées dans le PDITH. Ceci implique d'une part que le PDITH ne génère pas à lui seul de nouveaux placements, et d'autre part que le total obtenu comporte des « doublons ». En effet, lorsqu'un travailleur handicapé est placé par un organisme spécialisé, il apparaît aussi dans les placements réalisés par l'ANPE dans la mesure où l'embauche s'accompagne d'un contrat aidé.

Quelques actions sont définies qui serviront d'ordre du jour aux différentes réunions des partenaires :

- Repérage des demandeurs d'emploi volontaires et prêts à l'emploi ;
- Information des entreprises et fédérations d'entreprises sur les mesures législatives et les aides à l'emploi (aides spécifiques – primes à l'embauche, études et aménagements de postes – et aides de droit commun comme le Contrat de retour à l'emploi, stages d'accès à l'emploi, etc.
- Prospection des entreprises ;
- Formation des personnes retenues par des actions préparatoires d'adaptation d'insertion et de suivi ;
- Mise en place d'une permanence téléphonique assurée alternativement par les signataires de l'association du lundi au vendredi de 9H à 12H30 et de 14H à 17H..

Ce programme repose sur trois sources de financement :

- Le Conseil général – 8 % au titre du CFI
- La DDTEFP : 36,6 % (dont 7,8 % au titre du PDITH, 18,5 % via le financement de SIFE et 10,6 % via le financement de CES)
- L'AGEFIPH : 55,1 %

Dans son organisation, le PDITH girondin n'a pas prévu de comité de pilotage, et c'est l'ensemble des partenaires qui est susceptible de participer au processus de concertation et de décision. Il résulte de cette organisation une fusion des différentes composantes du PDITH sans qu'il soit possible de distinguer des niveaux de responsabilité entre les participants. L'association se dote pourtant d'une coordination sans pour autant lui assigner des fonctions précises ce qui aura rapidement pour effet de mettre le coordinateur dans une position floue, doublée d'un manque de légitimité. En l'absence de directives, le coordonnateur devient un opérateur de l'insertion parmi d'autres : il centralise les offres d'emploi et tente, au nom des missions de l'association de faire circuler cette information. Dans le même temps, il développe une information auprès des entreprises et des personnes handicapées mais avec peu de résultats en terme d'insertion professionnelle. Des groupes de travail sont mis en place et ont pour vocation d'aborder différents points relatifs à l'insertion des personnes handicapées (orientation, information des entreprises, individualisation des parcours d'insertion, etc.).

➤ *Le sentiment de poser les bases d'une réelle collaboration égalitaire*

Les débuts du PDITH sont caractérisés par une apparente forme fusionnelle et une coordination aux missions non définies et qui se cherche. Lors de cette phase expérimentale les opérateurs de terrain participant au PDITH se sont investis dans la démarche partenariale : Handic'Aptitude est le fruit d'une réelle collaboration et, si les tensions apparaissent autour du rappel des compétences respectives de chaque structure (en particulier le type de public handicapé suivi), c'est l'occasion d'aborder en commun les problèmes posés par l'insertion des travailleurs handicapés sur le département. L'illusion égalitaire qui naît dans ce nouveau contexte donne à Handic'Aptitude une légitimité représentative du « monde de l'insertion des personnes handicapées » : tout participant peut discuter des questions d'insertion et des solutions à envisager. A posteriori il est possible de faire un parallèle entre la première version du PDITH Gironde et la mise en place des *groupes d'expression directe* en 1982²⁷ qui devaient permettre de « libérer à heure fixe » l'expression des salariés en abolissant (du moins idéalement) les relations hiérarchiques lors de ces réunions. Les entretiens menés auprès des acteurs qui ont participé à la mise en place du PDITH, mettent en évidence l'état d'esprit égalitaire dans lequel est perçu ce dispositif lors de son lancement. Pour les participants, le PDITH est un lieu de coordination horizontale devant permettre, d'une part de construire des diagnostics locaux et d'élaborer en commun les réponses ad hoc aux problèmes repérés, et d'autre part de réfléchir en commun sur l'optimisation des ressources présentes sur le département (recherche d'efficacité des interventions des différents organismes présents sur le département).

Cependant, malgré le sentiment d'une richesse d'échanges permettant de traiter en commun les questions relatives à l'insertion des personnes handicapées, nombreux sont les participants à penser qu'Handic'Aptitude est faussement décisionnaire : ils ignorent où se prennent les décisions et qui décide vraiment des orientations des actions à mener, même si le poids des financeurs leur paraît déterminant.

²⁷ La loi n° 82-689 du 4 août 1982 (dite loi Auroux) relative aux libertés des travailleurs dans l'entreprise a institué en faveur de tous les salariés « un droit à l'expression directe et collective sur le contenu et l'organisation de leur travail ainsi que sur la définition et la mise en œuvre d'actions destinées à améliorer les conditions de travail dans l'entreprise ». Cette loi a été complétée, pour les entreprises du secteur public, par les dispositions de la loi du 26 juillet 1983.

10.2.3 Le bilan des PDITH expérimentaux²⁸

En 1994, un premier bilan fait le point sur les deux premières années de fonctionnement des 20 PDITH expérimentaux. Ce premier inventaire reflète la diversité des mises en œuvre dont les PDITH ont fait l'objet. Les thèmes abordés sont essentiellement tournés vers la mise en œuvre du partenariat (construire un partenariat, organiser la coordination, élaborer et mettre en commun des outils techniques, évaluer et mesurer l'impact de la coordination) et non sur la définition d'orientations communes. Le partenariat est un problème en soi pour les différents participants des PDITH et la diversité des mises en œuvre va soulever les premières questions.

➤ *Comment constituer un partenariat ?*

L'accent est mis dans un premier temps sur la constitution d'un partenariat ad hoc sur chaque département : la souplesse est de mise et le temps un facteur d'évolution. La constitution du partenariat nécessite une sélection parmi l'ensemble des associations pouvant intervenir ; mais sur quels critères les sélectionner, et quelle place leur attribuer dans le partenariat ?

➤ *Deux modèles de PDITH*

La « forme » de ce dispositif est l'un des premiers problèmes que les acteurs ont à résoudre. Selon les départements, le PDITH repose sur un comité de pilotage, des conventions cadres, des associations. Ce premier bilan met en évidence deux modèles dominants de PDITH : il peut s'agir d'un modèle partenarial non associatif qui comporte un comité de pilotage, ou bien d'un dispositif constitué d'associations à l'intérieur desquelles le SPE est représenté. Dans ce dernier cas, le directeur du travail participe mais ne préside pas.

➤ *Des échanges d'informations qui posent des questions éthiques*

La mise en réseau des différents organismes susceptibles de participer à un moment ou un autre au programme du PDITH va rapidement soulever le problème de la confidentialité de certaines informations. Comment améliorer l'insertion des travailleurs handicapés sans partager entre partenaires des informations confidentielles sur l'état de santé de la personne à insérer ?

²⁸ Programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés, « Journées techniques nationales », 14 et 15 novembre 1994, multigraphié.

➤ *Quel rôle pour la coordination ?*

La mise en place d'une coordination est définie comme la réponse visant à « *remédier à la dispersion des acteurs pour permettre de prodiguer des efforts* »²⁹. Dans les faits, la mise en place d'une coordination correspond à une démarche empirique. Ses missions : connaître l'ensemble de organismes intervenant dans le champ du handicap dans un département, faire circuler l'information entre les partenaires et vers les usagers du PDITH (les travailleurs handicapés et les entreprises). Lors de ce premier bilan, différents types de coordination sont recensés et se distinguent selon :

- La nature des instances de coordination : en forme associative (loi 1901) ou non associative (comités divers de pilotage, de gestion, de financement) ;
- La préexistence ou non d'une structure : certaines coordinations sont adossées à des structures comme les EPSR si l'implication du directeur de la DDTEFP est forte. Elle peut être confiée à une structure spécialement créée pour le PDITH ;
- Le niveau de coordination : pilotage assuré par les représentants du SPE avec un positionnement fort des DDTEFP, ou bien un pilotage qui confond l'ensemble des opérateurs comme c'est le cas en Gironde ;
- Les moyens de la coordination : ils sont variés et peuvent comprendre différents éléments. Certains PDITH ont mis au point des chartes techniques et politiques, le recours aux conventions de placement de l'ANPE, la gestion globalisée des moyens financiers ou encore une politique d'appel d'offres.

Quelques bonnes pratiques sont soulignées pour assurer la constitution et la viabilité des PDITH : la nécessité d'une implication personnelle importante du directeur de la DDTEFP – ou l'un de ses adjoints – pour la réussite du programme ; il en est de même de l'implication des associations de personnes handicapées et des représentants des milieux économiques. La nécessité d'avoir une équipe professionnelle permanente pour assurer la coordination, la régularité ainsi que la stabilité des financements.

C'est du représentant de la Mission pour l'insertion des personnes handicapées que les missions des PDITH sont rappelées et recadrées. Le PDITH a pour vocation de : « coordonner des initiatives locales en direction de l'emploi des travailleurs handicapés : c'est-à-dire déconcentrer une politique de l'emploi pour tirer profit des diversités locales. »³⁰ Les pouvoirs publics ont défini trois grandes orientations devant structurer l'action des PDITH :

²⁹ « Journées techniques nationales des PDITH », 1994, *op. cit.*, p. 10.

³⁰ Intervention de M. Villebois, chef de la Mission pour l'insertion des personnes handicapées à la délégation à l'emploi lors des « Journées techniques nationales », 14 et 15 novembre 1994.

1. Favoriser par tout moyen de coordination le placement d'un travailleur handicapé qui jusque-là ne pouvait pas être pris en charge dans la gestion quotidienne des différents dispositifs ; il s'agit de rechercher les complémentarités et décroiser le mode de gestion de l'emploi des personnes handicapées.
2. Prendre en compte la diversité des situations et des besoins des personnes handicapées à insérer et élaborer un programme qui mette en œuvre plusieurs axes d'insertion avec une gamme large de partenaires pour aboutir à la construction de parcours d'insertion individualisés ;
3. Impliquer de façon étroite, dans les programmes, les représentants des personnes handicapées et des entreprises.

À l'issue de cette phase expérimentale la vocation des PDITH à devenir un dispositif pérenne est reconnue. Un schéma organisant le partenariat est fixé : un cofinancement DDTEFP-AGEFIPH, un objectif fédérateur, un ensemble de partenaires plus ou moins important selon les objectifs du programme. La possibilité de mettre en place d'une coordination est envisagée, mais pas obligatoire.

10.3 QUAND LE NIVEAU NATIONAL DECIDE, LE PARTENARIAT LOCAL VACILLE

Si l'une des missions des PDITH est la mise en cohérence au niveau local des différentes orientations sectorielles élaborées au niveau national, la façon dont va se réaliser cette opération met en évidence la difficulté de l'exercice. A posteriori il est possible d'avancer l'hypothèse selon laquelle l'ensemble des participants du PDITH de la Gironde était, d'une part convaincu qu'ils seraient consultés pour toute décision concernant l'amélioration de l'insertion des travailleurs handicapés, et d'autre part, qu'ils aborderaient ensemble l'adaptation à leur situation locale de toute nouvelle décision nationale.

10.3.1 Les effets locaux de la réorganisation de la chaîne d'insertion par le niveau national

➤ *L'accord du 15 février 1994 relatif à la mise en place des EPSR*

L'équilibre existant dans le PDITH va être déstabilisé par la signature de l'accord du 15 février 1994 visant à transférer de l'État à l'AGEFIPH le soin de poursuivre la couverture territoriale des organismes de placement des travailleurs handicapés (voir supra chapitre 4.3). Aucune concertation préalable n'a eu lieu avec les partenaires du PDITH et l'adoption de cet accord va se traduire localement par la création d'une « nouvelle » caté-

gorie d'acteurs spécialisés dans l'insertion des travailleurs handicapés : les OIP³¹. La signature de la convention est vécue par les partenaires du PDITH comme une trahison de la part de l'AGEFIPH : le délégué régional, qui est partie prenante du partenariat, n'a fait aucune allusion aux « tractations » entre l'État et l'AGEFIPH. La DDTEFP est « mise au courant »³² après coup par le DGEFP, et l'agence locale pour l'emploi « mise devant le fait accompli »³³. Les changements introduits par la convention État-AGEFIPH sont perçus par les partenaires des PDITH comme des « injonctions » du niveau national au mépris des enjeux locaux.

➤ *La création des OIP : la dénonciation unilatérale du partenariat par l'AGEFIPH*

La mise en œuvre de l'accord du 15 février 1994 sur le département de la Gironde va être à l'origine de la première crise d'envergure au sein du PDITH. Le représentant de la délégation régionale de l'AGEFIPH va négocier directement avec deux organismes d'insertion membres du PDITH leur transformation en OIP (le GIRPEH et Média Hand'Treprise). Ce changement est annoncé en 1995 lors d'une réunion du PDITH et génère une réaction vive de la part de la quasi totalité des participants qui mentionnent la création de ces deux OIP comme une « décision unilatérale » de la part de l'AGEFIPH. Cette négociation discrétionnaire a pour effet de générer des fortes tensions au sein du PDITH qui se trouve de plus en plus vidé de sa raison d'être : mettre en cohérence les interventions des différents acteurs impliqués dans la chaîne d'insertion des personnes handicapées dans le cadre d'une action conjointe. L'absence de concertation qui a conduit à la création de ces deux OIP suscite des questions quant à la position de l'AGEFIPH dans le PDITH : les partenaires constatent la nomination de ces « nouveaux » opérateurs sans connaître encore leur rôle et les modifications qui vont découler pour eux (changement d'activités, de modes de financement) et pour les autres organismes de placement non homologués OIP. La concurrence entre organismes de placement est d'autant plus renforcée qu'elle repose sur une absence d'information laissant ainsi la place à une grande incertitude : quelle nouvelle définition des articulations des rôles de chaque organisme ? Dans quelle mesure la création des OIP risque de venir impacter leurs missions ? Selon quelle logique le vivier des travailleurs handicapés va être réparti entre les différentes structures ?, etc.

³¹ C'est en fonction des besoins du département que le fonctionnement de plusieurs EPSR ou OIP est justifié : la négociation se déroule entre le Préfet et le représentant de la délégation régionale AGEFIPH. Lorsqu'un PDITH existe, la question des conditions de complémentarité et de collaboration entre organismes de placement est définie dans le cadre du PDITH.

³² Entretien avec le représentant de la DDTEFP.

³³ Entretien avec le conseiller de l'emploi ANPE en charge des personnes handicapées.

➤ *L'application de la circulaire du 11 septembre 1995 : les acteurs de terrain ont la parole*

Si la signature et les modalités d'application de la convention État-AGEFIPH n'ont pas été l'objet d'un dialogue au sein du PDITH, il ne va pas en être de même lors de l'application de la circulaire n° 95-32 du 11 septembre 1995 relative aux missions et au fonctionnement des EPSR fixant les modalités d'intervention d'un OIP ou d'une EPSR (voir supra chapitre 4.3). L'alignement des missions des EPSR et des OIP a entraîné, entre les partenaires du PDITH, des tensions relatives à leurs clientèles et leurs missions. Ces discussions, sont l'occasion pour chaque partenaire d'apprécier son « poids » dans le PDITH. En effet, l'application de la convention comporte le risque d'une redistribution du public à gérer d'une structure de placement vers une autre. Les discussions qui découlent de ces cadrages ont concerné (une fois de plus...) d'une part le rappel des légitimités de certains organismes dans la prise en charge de certains travailleurs handicapés (comme le service de placement de la CRAM Aquitaine conçu pour prendre en charge l'insertion des assurés sociaux du régime général devenus travailleurs handicapés, ou bien encore certaines associations spécialisées dans le suivi de handicaps particuliers), et d'autre part sur le profil des travailleurs handicapés à suivre (plus ou moins employables). La répartition du public a constitué un enjeu d'autant plus important que les conventions liant les OIP à l'AGEFIPH comportaient des objectifs chiffrés en terme de placements à réaliser. Si la CRAM Aquitaine a la ressource de faire valoir ses compétences et sa légitimité à prendre en charge certains de ses assurés sociaux (un critère d'âge intervient, il faut être âgé de moins de 45 ans – sauf exception³⁴ – pour bénéficier du volet formation ou insertion professionnelle), les autres organismes ont dû argumenter en fonction de leurs pratiques, leurs résultats antérieurs et certains savoirs faire pour tenter de circonscrire un profil de public à suivre.

➤ *La perte d'autonomie des EPSR et OIP*

La création des OIP s'est accompagnée de la mise en place d'un comité de pilotage national ayant pour rôle de déterminer les missions de ces organismes. La création de ce comité national répond à la nécessité pour l'AGEFIPH d'avoir « une vision générale sur ce dispositif qui comporte des organismes différents³⁵ (...) il y avait nécessité d'harmoniser les missions pour qu'il y ait une égalité de traitement sur tout le territoire, que chaque personne handicapée et entreprise ait le même service partout »³⁶. Cette harmonisation s'est traduite par des chartes et conventions enserrant les financements alloués au OIP et EPSR à

³⁴ Cas de maintien dans l'emploi par exemple. Les personnes qui ne répondent pas à ces critères peuvent cependant faire l'objet d'un accompagnement en vue de leur insertion sociale.

³⁵ Suite au transfert de compétences, on trouve sur le territoire national des EPSR entièrement financées par l'État, des EPSR cofinancées État-AGEFIPH et des OIP entièrement financées par l'AGEFIPH.

³⁶ Entretien avec le responsable du suivi des PDITH de l'AGEFIPH.

des conditions de mise en œuvre. Les EPSR et OIP (qui pour la plupart sont des organismes privés déjà existant) ont ainsi perdu une partie de leur autonomie. Ces organismes habitués à travailler sur leur département depuis de plusieurs années ont développé des cultures professionnelles fortes – en particulier les structures portées par des associations comme l'APF, le GIRPEH, le réseau Ohé Prométhée, etc. – et le comité national de pilotage est venu interférer dans leurs pratiques : « ils [les organismes de placement] ont toujours été jaloux de leur autonomie avec une légitimité territoriale forte qui fait qu'à un moment donné on s'est dit qu'il y avait nécessité de cadrer un peu l'ensemble de manière globale (...) la difficulté bien sûr c'est des crispations car dès que l'on tente de toucher aux anciennes habitudes, aux cultures... mais il ne faut pas oublier que ces structures ont une mission de service public, elles agissent par délégation »³⁷. Par ailleurs, les modalités de gestion des OIP vont avoir une incidence sur leur position au sein du partenariat. La définition des objectifs par le comité national est venu interférer dans les relations établies localement : « je crois que ce qui a le plus gêné, c'est le fait d'avoir une gestion un peu plus verticale de ce type de réseau notamment en termes d'objectifs. Ils [OIP] faisaient un peu comme un corps étranger dans un dispositif où ils sont naturellement inscrits. »³⁸

➤ *Une nouvelle entorse au partenariat : la charte ANPE-OIP*

La participation de l'ANPE au comité de pilotage national ayant en charge la définition des missions de l'OIP va se traduire localement par des formes de collaborations préférentielles avec les OIP.

Comme l'AGEFIPH l'avait fait en créant les OIP, l'ANPE va à son tour intervenir dans la structuration des parcours d'insertion des travailleurs handicapés hors du PDITH. Au printemps 1996, l'ANPE signe une convention à fin de placement et une charte de partenariat avec les OIP sans consulter l'ensemble des membres du PDITH (à l'exception de la DDTEFP et l'AGEFIPH). Convention et charte ont non seulement été élaborées hors du PDITH, mais par le responsable de la cellule travailleur handicapé de l'ANPE qui ne participait pas aux réunions du PDITH. La diffusion de la charte s'est réalisée dans les agences locales de l'ANPE et elle est découverte par hasard par des organismes de placement de travailleurs handicapés. Cette nouvelle initiative va générer des tensions entre l'ANPE et l'AGEFIPH qui perd une partie de son contrôle sur les OIP. Les autres partenaires constatent la dilution du partenariat dans des prises de pouvoir successives entre organismes détenteurs des financements ou de l'accès aux mesures d'insertion. Dans cette nouvelle configuration, l'ANPE se situe au centre de la maîtrise d'œuvre : elle régule et contrôle l'activité des OIP et de l'EPSR publique, participe à la COTOREP et contrôle l'accès aux

³⁷ Entretien avec le responsable du suivi des PDITH de l'AGEFIPH.

³⁸ Entretien avec le responsable du suivi des PDITH de l'AGEFIPH.

mesures de droit commun (dont les SIFE fréquemment utilisés pour l'insertion d'un travailleur handicapé). La position des OIP vis-à-vis de l'ANPE est dès lors ambiguë pour les autres organismes : constituent-ils une forme d'externalisation d'une mission de l'ANPE, un renfort de moyens ? Ou bien sont-ils des prestataires de services ? Concernant les opérateurs de terrain, les « privilèges » obtenus par les organismes devenant OIP ont été vécus comme l'irruption d'une concurrence déloyale : les OIP prennent en charge les travailleurs handicapés ayant une employabilité avérée et disposent de financements plus importants que les autres organismes ainsi qu'une relation privilégiée avec l'ANPE et la COTOREP. Quant à l'EPSR de droit public, elle est devenue de plus en plus périphérique du fait du peu de moyens humains dont elle dispose, du profil difficile des personnes handicapées à réinsérer et de l'aire d'action limitée à la Communauté Urbaine de Bordeaux. Pour les organismes eux-mêmes leur transformation en OIP n'a pas toujours été facile : il s'agit d'associations déjà présentes et fortement impliquées territorialement avec une culture associative et une autonomie très fortes vis-à-vis desquelles la délégation de service public s'est accompagnée d'un certain nombre de contraintes (contrats d'objectifs, définitions de certaines missions).

Ce nouveau partage des rôles a transformé l'équilibre des échanges au sein du PDITH. Si certaines structures de placement ont acquis davantage de moyens pour fonctionner (en personnel et garantie de financement) elles ont vu leur action contrôlée, car inscrite dans une convention d'objectifs avec l'AGEFIPH. Les autres organismes de placement se sont sentis désavoués dans leur action.

10.3.2 Une réorganisation qui laisse de nombreuses questions en suspens

L'amélioration de l'insertion des personnes handicapées au niveau local repose sur l'identification et la résolution d'un certain nombre de dysfonctionnements. Si ces derniers ont été constatés par les groupes de travail mis en place³⁹, les réponses n'ont pas toujours été formulées, ou appliquées.

➤ *L'orientation des travailleurs handicapés*

Il en est ainsi de l'orientation des travailleurs handicapés vers les structures d'accueil. On ne reviendra pas sur les lacunes des orientations COTOREP, mais on rappellera toutefois que la non prise en compte des différentes structures de droit commun pouvant assurer l'insertion des travailleurs handicapés lors de leur orientation dénote la faible visibilité, ou du moins le manque de prise en compte des ressources locales. Par ailleurs, la

³⁹ L'ensemble des partenaires se répartit en plusieurs groupes de travail correspondant aux thèmes du PDITH : maintien dans l'emploi, prospection des entreprises, formation, etc.

répartition des personnes handicapées selon leur plus ou moins grande employabilité, ne repose sur aucun critère permettant d'établir un diagnostic de cette employabilité. Il devient alors difficile de déterminer à partir de quel moment une personne handicapée est considérée comme ne pouvant être directement employable. Enfin, si la charte donne des indications sur les missions des deux OIP, elle ne définit à aucun moment les relations des OIP avec les autres organismes de placement – qui utilisent souvent les mêmes mesures de droit commun pour l'insertion des travailleurs handicapés dont ils ont la charge. Les autres structures d'insertion vont, en fonction de leur influence au sein du PDITH, tenter de stabiliser leur position au regard de celles des OIP. A ce jeu, la CRAM Aquitaine va réussir à faire reconnaître les compétences particulières de son service de placement. En juin 1996, une charte de partenariat entre la DDTEFP, l'ANPE, les deux OIP de Gironde et la CRAM Aquitaine est rédigée afin de faciliter l'orientation et l'insertion des travailleurs handicapés par l'ensemble des acteurs concernés. Cette charte rappelle pour chaque opérateur les zones de responsabilité et de compétences. Si le rôle central de la COTOREP dans la prime orientation des travailleurs handicapés est rappelé, les possibilités de définir dès ce niveau d'intervention l'organisme qui aura en charge le suivi du dossier ne sont pas précisées. La question finale du suivi des dossiers n'est pas résolue par cette charte, dont la vertu essentielle est de mettre par écrit les compétences (ainsi que les chevauchements de compétences) des différents organismes de placement impliqués dans l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. Toutefois, la charte établit une forme de traitement préférentiel vis-à-vis des OIP quant à l'accès aux offres d'emploi : « une offre [d'emploi] transmise par les OIP [à l'ANPE] ne sera pas affichée pendant 15 jours : elle sera réservée à l'OIP, puis à l'EPSR si l'OIP nous [l'ANPE] informe qu'il ne peut assurer un placement sur cette offre. Passé ce délai, elle sera mise à la disposition de l'ensemble du réseau ». Elle contraint les OIP à rendre des comptes à l'ANPE et la DDTEFP en plus de ceux qu'elle rend à l'AGEFIPH.

➤ *La prospection auprès des entreprises*

La prospection des entreprises est une mission commune à l'ensemble des organismes de placement et a suscité certaines questions quant à son organisation. Sans concertation préalable, la prospection peut se traduire pour les entreprises par plusieurs visites d'organismes aux noms et statuts différents sur un même thème, celui de l'emploi des travailleurs handicapés. Cette diversité donne aux entreprises une perception brouillée, voire désordonnée du dispositif d'insertion des travailleurs handicapés. Si ce problème a été plusieurs fois abordé lors des réunions du PDITH, aucune solution n'a été proposée. Les arguments étant d'une part que le tissu économique du département de la Gironde était suffisamment dense pour éviter les risques de « doublon », et d'autre part que la prospection des entreprises était ciblée en fonction des personnes handicapées à réinsérer. Si ces

arguments sont recevables, il faut cependant souligner, qu'à aucun moment la question de la capitalisation des informations recueillies par les différents organismes n'a été abordée. On peut faire l'hypothèse qu'une mise en commun des informations concernant les entreprises visitées par chaque organisme pourrait permettre d'établir un état des lieux par bassin d'emplois des entreprises n'ayant reçu aucune visite. Seule la création du label Cap emploi en 2000 va contribuer à améliorer la lisibilité (pour les structures ayant reçu le label), des organismes d'insertion auprès des entreprises et des travailleurs handicapés et permettre de développer une information plus homogène auprès des milieux économiques.

10.3.3 Un PDITH en quête de sens

Fin 1996, en l'absence d'un comité de pilotage et le constat (douloureux) de décisions prises hors du PDITH et affectant directement son organisation, le partenariat continue de se déliter. Les opérateurs de terrain participant au PDITH affichent une forme de lassitude et de mise en doute de l'intérêt de multiples réunions, dans la mesure où les décisions concernant la mise en cohérence des actions des organismes se prennent hors du PDITH ce qui pose du même coup le sens des collaborations et l'intérêt à poursuivre leur action collective. Les organismes prestataires attendent que les financeurs (DDTEFP, AGEFIPH et ANPE) définissent les orientations et tentent d'adapter leur pratique au cadre ainsi fixé. Quant à la coordination, elle se vide de plus en plus de son sens, elle est totalement marginalisée. Sans appui institutionnel et sans légitimité, le coordonnateur est dans une posture d'observateur qui tente de comprendre et suivre les évolutions en cours.

➤ *Un cadre commun insuffisamment structuré*

Si l'ensemble des acteurs reconnaît que la valeur ajoutée essentielle du PDITH tient à leur rencontre dans un cadre commun et l'échange d'informations – en particulier sur leurs compétences respectives, leurs publics, etc. –, après quelques années de fonctionnement, de groupes de travail donc la production ne trouve pas de traduction opérationnelle, de changements non concertés, d'une confusion croissante dans le fonctionnement de la chaîne d'insertion et d'un manque de définition claire des rôles, les participants du PDITH sont las, désorientés et restent dans l'expectative du devenir de cette action collective. En quelques années le PDITH s'est vidé de son sens et on est loin de la complémentarité des actions recherchée. Les différents acteurs rencontrés au niveau local s'accordent pour reconnaître qu'il y a eu une sorte de « tromperie » entre la primo présentation du PDITH et les inflexions successives qui ont suivi. Pendant ces premières années de fonctionnement, un certain nombre d'actions sont développées au nom du PDITH (information auprès des entreprises, prospection, placements), mais de nombreuses questions ne sont pas solutionnées ni même envisagées : comment faire un lien entre une décision COTOREP et un or-

ganisme d'accueil particulier ; qui est légitime pour prescrire une entrée en formation ? Comment organiser le suivi des parcours individuels, etc. Ce sont les opérateurs de terrain qui parviennent par des modes d'ajustements ponctuels à faire en sorte que le PDITH continue de fonctionner⁴⁰. Les différents partenaires ont une sensation de flou quant aux modalités de prise de décisions et ces dernières sont souvent rediscutées. À la fin de cette première période de fonctionnement, le PDITH apparaît – en l'absence de données de cadrage – comme un dispositif aveugle, sans pilote, dont les partenaires les plus forts peuvent impulser à leur gré l'orientation. Un tel état de tension a abouti en janvier 1997 à la dissolution du PDITH.

➤ *Le contre exemple du PDITH des landes*

En contrepoint de l'exemple girondin, on peut citer le cas des Landes où le partenariat du PDITH reposait sur des bases plus solides (dans le sens où les différents acteurs partageaient un socle de référents communs construit bien avant la mise en place du PDITH). La mobilisation des participants et leur capacité à définir les actions des différents organismes leur ont permis de maintenir la stabilité de leur organisation en démontrant qu'elle était performante au regard du public qu'ils avaient en charge. En faisant bloc, ils ont obtenu de la part de l'AGEFIPH qu'aucun OIP ne soit créé sur leur département et ont ainsi échappé aux « tourments » qu'a traversé le PDITH de Gironde.

10.3.4 Les politiques européennes : l'occasion pour l'État de « reprendre la main » sur les PDITH

Dès le Sommet de Luxembourg, les orientations de la politique en direction de l'insertion professionnelle des personnes handicapées sont recadrées en fonction des normes édictées dans la stratégie européenne pour l'emploi. Les PDITH vont être inscrits dans les différents PNAE⁴¹ français comme l'un des outils de la politique en faveur de l'insertion des personnes handicapées dans une logique de renforcement des politiques d'égalité des chances. Dans son PNAE de 1998, la France s'engage au titre de la ligne directrice n° 19 à améliorer le taux d'emploi des personnes handicapées conformément aux normes européennes. C'est l'occasion pour l'État de réaffirmer son rôle régulateur en déve-

⁴⁰ Le rôle des opérateurs de terrain dans la fluidité que l'on peut observer dans la mise en œuvre de certaines politiques publiques n'est pas spécifique à l'exemple des PDITH, on le constate entre autres dans la mise en œuvre de la loi quinquennale, dans des régions où les collaborations entre les services de l'État et la région sont tendus.

⁴¹ Les chefs d'État et de gouvernement, réunis à Luxembourg au Sommet sur l'emploi, les 20 et 21 novembre dernier [1997], ont clairement exprimé leur volonté politique de définir – et d'adhérer à – une stratégie globale pour l'emploi. Ceci implique la poursuite de politiques macro-économiques saines, un fonctionnement correct du Marché unique et une réforme en profondeur du marché du travail sur la base d'un certain nombre de priorités convenues, indiquées dans les lignes directrices pour la politique de l'emploi des États membres.

loppant la coordination des interventions publiques et privées au sein des PDITH et de « replacer l'emploi direct au cœur des dispositifs de soutien aux travailleurs handicapés »⁴². Dans la note d'orientation de la DGEFP n° 99/33 du 26 août 1999 relative aux PDITH, l'État repositionne ses services déconcentrés (à travers notamment le rappel des crédits complémentaires affectés aux DDTEFP pour l'animation des PDITH et le financement d'actions innovantes) et l'objectif visant à articuler les mesures de droit commun (prioritaires) et les mesures spécifiques (complémentaires). Cette note rappelle que les PDITH interviennent dans le cadre du programme de prévention et de lutte contre le chômage de longue durée et contre les exclusions. Sans être un décret ni une loi, cette note donne la philosophie que l'État souhaite voir animer les PDITH ; elle marque aussi la généralisation des PDITH à l'ensemble des départements français⁴³. De programme expérimental, en moins de dix ans les PDITH sont reconnus et confirmés dans leur rôle d'intégration des orientations nationales et de construction de l'intérêt général local. Malgré ces premiers succès, l'évaluation des différents PDITH tend à montrer que la première génération des PDITH connaît une forme d'usure : les pionniers qui les ont portés les quittent. Quant à la seconde vague, la note d'orientation a pour objectif de leur donner le cadre général de l'action à développer.

➤ *La définition d'un cadre d'action précis*

Plus précise que la première lettre instituant les PDITH, la note s'accompagne de fiches méthodologiques concernant : l'organisation du PDITH, les procédures financières et comptables, la présentation des budgets et l'évaluation des PDITH. Les missions des PDITH sont recadrées « les PDITH n'ont pas pour finalité la création d'organismes supplémentaires se substituant à ceux dont les missions sont définies par les lois et règlement. Ils sont un lieu de concertation pour la conception, la programmation, le suivi et l'évaluation. Ils doivent favoriser la capacité d'innovation sur le terrain. » Il est clairement indiqué que les « PDITH doivent être formalisés dans un document (accord-cadre pluriannuel, charte, convention d'objectifs...), dont la signature par les principaux partenaires est un gage d'adhésion aux objectifs. » Le document doit notamment fixer les axes prioritaires d'action : indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes annuels ou pluriannuels, organisation concrète du partenariat et les missions précises des partenaires et de l'instance de coordination, la composition et le rôle des instances de décision et de consultation. La note propose un niveau territorial opérationnel par bassin d'emploi, niveau peu investi par les partenaires des PDITH, hormis l'ANPE pour laquelle il s'agit d'un niveau d'action habituel. Une instance de consultation (se réunissant au moins une fois par an) regroupant le

⁴² Note d'orientation DGEFP n°99/33 du 26 août 1999 relative aux PDITH.

⁴³ Au moment de l'enquête à l'exception du Cher et de la Meurthe et Moselle l'ensemble du territoire était couvert.

SPE, la DDASS, l'AGEFIPH, les Conseils généraux et régionaux, les organisations représentatives des employeurs et des salariés et les associations représentatives des travailleurs handicapés ainsi que d'autres organismes en fonction de leur implication dans la politique de l'emploi des travailleurs handicapés (CPAM, MSA, OIP, EPSR) a pour mission de réaliser des travaux pour affiner le diagnostic spécifique de l'emploi des travailleurs handicapés et de contribuer à la fixation des objectifs et à la définition des axes prioritaires.

À compter de la diffusion de cette note, les répartitions de compétences sont éclaircies : *l'échelon national* est celui où se dessinent les grandes orientations et intégration des normes européennes ; le *niveau régional* celui du pilotage de certaines orientations et les *niveaux départemental et infradépartemental* ceux de la mise en adéquation des orientations nationales en fonction des spécificités locales et dans une certaine mesure ceux de l'élaboration d'un certain nombre de décisions par la promotion d'actions innovantes.

➤ *L'identification des décideurs*

Les acteurs pouvant prendre des décisions sont clairement identifiés : l'instance de décision est présidée par le Préfet représenté par le directeur de la DDTEFP. L'AGEFIPH et l'ANPE en sont membres de droit et peut y participer tout autre financeur impliqué dans le PDITH. Ses missions sont d'arrêter les objectifs de résultats et les axes d'action prioritaires ; de garantir la transparence des actions menées par les partenaires du PDITH ; de faire procéder à l'évaluation des actions et de l'impact du programme au regard des objectifs de résultat poursuivis et des moyens consacrés.

➤ *La diminution de la marge de manœuvre de l'AGEFIPH*

Les politiques européennes vont avoir une incidence sur les marges de manœuvre de l'AGEFIPH. Lors de sa création, les représentants de l'AGEFIPH ont la possibilité de négocier directement et de façon informelle les orientations et actions qu'ils souhaitent voir se développer avec les représentants des EPSR et les directeurs de DDTEFP. Mais, lors de l'adoption en 1997 du premier pacte pour l'emploi (Sommet européen du Luxembourg) par les pays membres, les politiques de l'emploi sont encadrées par les lignes directrices devant être reprises dans le PNAE.

Un certain nombre de programmes d'actions ont découlé des accords s'appliquant aux acteurs locaux sans que ceux-ci soient consultés : on peut citer le cas du Projet d'Action Personnalisé pour un Nouveau Départ ou bien encore la mise en place du PARE. Les cadrages européens et les programmes qui en résultent ont été perçus par les acteurs locaux comme une perte d'autonomie dans la participation au processus d'élaboration de politiques locales d'insertion des personnes handicapées. Ils ont eu le sentiment d'avoir perdu la possibilité de mettre en œuvre des initiatives propres et d'être sous la coupe d'un système

qui les dépasse et vis-à-vis duquel ils n'ont que peu de marge de manœuvre⁴⁴. Dans le même temps, les modes de négociation que l'AGEFIPH avait instauré s'en sont trouvés modifiés dans le sens d'une moins grande souplesse, dans la mesure où elle est devenue l'un des relais de ces programmes et a dû établir de nouvelles procédures plus formelles de contractualisation avec les différents partenaires. Ce changement de procédure s'est traduit par un renforcement des représentations des acteurs de terrain vis-à-vis de la position de pouvoir de l'AGEFIPH : dans cet emboîtement supranational, l'AGEFIPH leur apparaît comme l'un des leviers participant à la mise en œuvre de ces programmes ce qui augmente ce qu'ils qualifient de « mainmise sur le dispositif d'insertion des personnes handicapées ».

10.4 LE NIVEAU REGIONAL TEMPORISE

L'un des problèmes dans la mise en œuvre de la politique d'emploi en direction des personnes handicapées est l'articulation à chaque niveau territorial des orientations et décisions des politiques publiques : qu'il s'agisse du niveau européen qui donne un cadrage aux politiques nationales de l'emploi ; du niveau national qui imprime aux services déconcentrés leurs orientations ; du niveau régional qui est celui de la coordination et du pilotage d'un certain nombre d'actions ou de programmes (comme le schéma régional des formations) et du niveau départemental et infradépartemental (bassins d'emploi, de formation). Les acteurs présents dans le PDITH doivent être idéalement en mesure d'intégrer les orientations décidées dans des lieux différents.

Le niveau départemental est par « tradition » porteur de la mise en œuvre de la politique dédiée aux personnes handicapées. Cependant, avec les lois de décentralisation, l'échelon régional a pris une place incontournable. Cette « nouvelle » architecture politico-administrative a intercalé le niveau régional entre le niveau national et le niveau départemental dans un schéma fonctionnel routinier installé depuis 1975. Les principaux acteurs que l'on trouve au niveau régional sont l'AGEFIPH, la DRTEFP, le conseil régional et la DRANPE et la CRAM Aquitaine. Ils se réunissent dans différents comités afin de définir des orientations concernant la politique d'insertion des personnes handicapées : il s'agit essentiellement de décisions concernant le schéma régional des formations (1991), des pratiques des structures d'insertion (Cap Emploi) et l'élaboration du guide régional d'insertion (1999).

⁴⁴ Cette appréhension n'est pas propre aux acteurs de terrain du champ du handicap, on retrouve la même analyse de la part des Missions locales par exemple lors de la mise en place du PARE ou bien encore de la part d'un certain nombre d'associations intermédiaires œuvrant auprès de publics en difficulté.

Ainsi, le niveau régional constitue le premier intermédiaire d'intégration des objectifs sectoriels nationaux et d'innovation en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées. Lieu de concertation, des luttes de pouvoir se jouent aussi à ce niveau.

10.4.1 La DRTEFP : une légitimité reconnue mais de faibles moyens financiers

Comme on l'a vu, au début des années 1990 l'AGEFIPH a lancé un programme exceptionnel le *schéma régional de la formation des personnes handicapées* ayant pour objectif l'augmentation du niveau de qualification des personnes handicapées en adaptant les centres de formation de droit commun à l'accueil de ce public (voir supra chapitre 4.2). Le Schéma régional des formations est l'objet en Aquitaine d'une convention tripartite entre l'État (représenté par la DRTEFP), l'AGEFIPH (représentée par son délégué régional) et le Conseil régional. Bien que présente dans la convention, la DRTEFP est dans une posture difficile car elle ne dispose d'aucune ligne budgétaire pour participer au cofinancement de la coordination. L'absence d'une ligne de crédit au niveau du ministère du Travail a conduit la DRTEFP, pour assurer sa légitimité, à faire des jeux d'écritures comptables et rechercher dans ses propres budgets les ressources nécessaires : « le ministère de l'emploi ne souhaite pas affecter de crédits dans les schémas régionaux (...) pour moi c'est là qu'il y a quelque chose de bancal, car même lorsque l'AGEFIPH a ses propres instructions qu'elle applique au niveau régional il y a des instructions communes, alors que nous, nous en avons d'autres qui ne sont pas nécessairement en adéquation. On travaille quand même ensemble, le schéma fonctionne, mais en comité de pilotage, lorsque l'on arrive au budget, l'État ne donne rien. »⁴⁵ La lisibilité des financements de la DRTEFP est encore minorée par le manque d'affichage de ceux pouvant être mobilisés via les mesures individuelles ou collectives de droit commun car elles n'apparaissent pas explicitement dans le Schéma régional.

➤ *Une présence assurée dans le comité de pilotage des structures de placement*

Le niveau régional est aussi celui adopté pour établir le comité de pilotage des OIP et EPSR. La logique adoptée est simple, elle repose sur une répartition d'un nombre de placements attendu par équivalent temps plein. Du fait du nombre élevé d'entreprises sur le département de la Gironde, les objectifs en termes de placements sont plus élevés que pour les organismes de placement des autres départements de la région (35 placements pour un temps plein). Si les objectifs des Cap Emploi sont élaborés au niveau régional, les outils qui permettent de les atteindre sont gérés au niveau départemental dans le cadre de chaque PDITH. En dehors de l'AGEFIPH qui participe à l'ensemble des PDITH, il n'y a pas de

⁴⁵ Entretien avec le représentant de la DRTEFP.

régulation prévue entre les PDITH et ce comité de pilotage spécifique. La mise en place d'un comité régional de pilotage pour définir les orientations du réseau des EPSR et OIP a généré des tensions entre les directions régionales (DRTEFP, DRANPE) et les directions départementales directement au contact de ces organismes. Les directeurs départementaux ont perdu une part de leur liberté d'agir au profit de l'échelon régional (échelon au niveau duquel s'effectuent les arbitrages en fonction des moyens financiers disponibles). L'arrivée de la DRTEFP dans une partie de la gestion des organismes de placement a été vécue par l'AGEFIPH comme une dépossession : la présence des directeurs des DDTEFP et de celui de la DRTEFP, a affaibli sa position vis-à-vis des OIP.

10.4.2 Relations AGEFIPH-DRTEFP : de la crispation à la détente

Les relations DRTEFP-AGEFIPH se sont améliorées au fil des années passant « d'aucune relation » à des « relations suivies ». Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette évolution : avant la fin des années 1990, les DDTEFP ont beaucoup de poids dans la mise en œuvre de la politique d'insertion des personnes handicapées et négocient directement certaines orientations avec la direction régionale de l'AGEFIPH. Depuis la mise en place des Cap Emploi (2000), de l'observatoire régional de l'insertion des personnes handicapées, de l'élaboration d'un guide régional de l'insertion, le niveau régional est devenu le niveau pertinent pour traiter de certaines questions et a trouvé là le moyen de légitimer son intervention dans la politique de l'emploi en direction des personnes handicapées. Si au départ la DRTEFP a eu quelques difficultés à se positionner par rapport à l'AGEFIPH, elle est devenue en quelques années un partenaire incontournable et totalement intégré dans le paysage organisationnel. Des positions à la marge des missions de l'AGEFIPH comme l'intérêt porté au milieu protégé, constituent de nouvelles occasions de coopération entre la DRTEFP et l'AGEFIPH. Par contre, dès qu'il s'agit de questions qui concernent la politique départementale, la DRTEFP s'efface au profit des DDTEFP.

10.4.3 Les relations DRTEFP-DDTEFP : le strict respect des compétences

Les DRTEFP ont un rôle de coordination régionale sur certaines questions concernant le handicap (sur les ateliers protégés par exemple, suivi des agréments sur l'aspect formation des centres de rééducation professionnelle⁴⁶) mais pas sur les PDITH. Les rapports existants entre DRTEFP et DDTEFP concernant le PDITH sont emprunts de la façon

⁴⁶ La DRTEFP a trois missions principales : diffuser les informations, instructions du ministère du Travail auprès des DDTEFP et faire remonter les informations des DDTEFP vers le ministère ; une mission d'animation des politiques du ministère (insertion des publics en général et gestions des mesures des chômeurs de longue durée, etc. ; des missions propres comme celle sur les ateliers protégés (agréments, suivi, tutelle et subventions).

dont ont été créés les PDITH : ils ont été l'objet d'une déconcentration directe du ministère du Travail vers les DDTEFP. De fait, le niveau régional (DRTEFP) n'a que peu de lisibilité des actions des PDITH, « les PDITH, je sais qu'ils existent, je sais à peu près ce qui s'y fait, mais je n'ai aucune vision réelle des leurs actions et cela quel que soit le département. Je sais qui est dans le PDITH, je sais comment cela fonctionne, avec qui, quelles sont les grandes lignes, mais c'est presque de l'information grand public. »⁴⁷ Le niveau déconcentré régional n'a connaissance des actions et des orientations de chaque PDITH qu'à travers les comptes rendus officiels de leur activité. Dans les faits, l'animation des PDITH relève de la DDTEFP : lors de leur lancement, le nombre de PDITH étant peu élevé, le ministère du Travail en assurait l'animation. Par la suite, ce sont les DDTEFP qui en ont eu la charge, étant elles mêmes directement sous la tutelle du ministère du Travail. En 2001 le ministère du Travail a tenté d'impulser l'idée d'une animation régionale des PDITH mais le directeur d'une des DDTEFP de la région Aquitaine a refusé un tel principe, verrouillant ainsi l'animation au niveau départemental. Il semble que l'idée d'une intervention de la DRTEFP dans le champ de l'animation des PDITH a été vécue comme un risque de prise de pouvoir de cette dernière dans une compétence déconcentrée au niveau départemental. La DRTEFP est cependant le niveau de régulation en cas de conflit entre par exemple une DDTEFP et l'AGEFIPH.

10.5 (ET) LE PDITH GIRONDIN SE RESTRUCTURE

Suite aux fortes tensions présentes au sein du PDITH, un audit⁴⁸ est commandité par la DDTEFP et l'AGEFIPH. Il met en lumière les principaux dysfonctionnements du PDITH et en propose une nouvelle organisation identifiant trois fonctions : le pilotage, la coordination et la fonction opérationnelle. Handic'Aptitude se restructure selon ce modèle en 1998 et à partir de cette date, les partenaires du PDITH ont une vision un peu plus claire de leur positionnement : il est devenu pour eux évident qu'ils n'ont ni les mêmes fonctions, ni les mêmes marges de manœuvre quant à leur mode de participation. Cette nouvelle organisation du PDITH va être renforcée par les orientations qui vont découler de l'application des normes européennes en matière d'emploi (*cf. infra*) et va générer un nouveau mode de fonctionnement entre les différents acteurs impliqués dans le PDITH.

⁴⁷ Entretien avec le responsable DRETFP de l'animation des PDITH, 2001.

⁴⁸ « Etat des lieux – PDITH de la Gironde », ASDO Etudes, document multigraphié, 1997.

10.5.1 Qui pilote le PDITH depuis 1998 ?

Le PDITH de Gironde s'est doté d'un comité de pilotage regroupant les financeurs (l'AGEFIPH, l'ANPE, la DDTEFP), les organismes de santé (DDASS, MSA, CRAM Aquitaine) et les représentants des milieux économiques (MEDEF et CGPME). Si tous ces acteurs sont légitimés pour participer à la construction des orientations de la politique de l'emploi des personnes handicapées sur le département, ils n'ont pas pour autant la même capacité à infléchir les décisions prises en comité de pilotage. Le MEDEF est représenté par « une administrative » à mi-temps, sa fonction est cofinancée par l'AGEFIPH et son activité principale est la sensibilisation auprès des entreprises (fonction opérationnelle) ; elle a peu de poids dans les décisions qui sont prises en comité de pilotage. La posture de la CGPME est différente, si pendant près de 10 ans son représentant n'a pas eu beaucoup d'influence dans le comité de pilotage, la nomination de la secrétaire générale pour représenter la CGPME dans le PDITH a modifié la position de cet organisme. Le fait que son poste ne soit pas financé par l'AGEFIPH lui confère, pour les services déconcentrés de l'État un capital de confiance et la représentante de la CGPME est perçue comme un allié possible pour contrer certaines orientations proposées par l'AGEFIPH. Les organismes de santé, présents car ayant en charge l'insertion des leurs assurés respectifs et participant à la COTOREP, ont peu de poids dans le comité de pilotage. Cette position va être encore minorée lorsque la CNAM va réorienter les missions des CRAM en 1998 vers le *maintien à domicile*. Le volet insertion professionnelle qui occupait une équipe de travailleur sociaux et un conseiller de l'emploi dans les cinq départements de la région Aquitaine a progressivement disparu, sauf sur le département de la Dordogne. Les conseillers de l'emploi ont fait à leur tour, l'objet d'un reclassement professionnel dans leur organisme. Depuis la fin des années 1990, les assurés sociaux de la CRAM Aquitaine sont orientés vers les autres structures de placement du PDITH (Il faut cependant noter que le suivi social en amont de la RQTH est encore assuré par les travailleurs sociaux). Enfin, si l'ANPE est présente, elle n'intervient pas de façon active dans la définition des orientations, elle informe le comité de pilotage des nouvelles mesures ou orientations de la politique de l'emploi. On peut donc se demander au final par qui et comment se prennent les décisions au sein du comité de pilotage ?

➤ *Le comité des décideurs*

La plupart des organismes représentés ayant peu de poids dans les décisions, émanant du comité de pilotage, il apparaît que les principaux décideurs soient la DDTEFP et l'AGEFIPH. Ce nombre restreint de participants « actifs » se traduit par un mode informel de prise de décision. Ainsi, c'est hors du comité de pilotage que se décident les orientations qui définissent les actions du PDITH, le comité de pilotage étant là pour entériner des choix préalablement définis hors de son enceinte.

La représentante de la DDTEFP présente le comité de pilotage du PDITH de la Gironde comme un lieu où « les autres interviennent, mais la décision est prise avant entre la DDTEFP et l'AGEFIPH. D'ailleurs, les décisions ne se prennent pas au comité de pilotage, mais dans mon bureau entre le chargé de mission de l'AGEFIPH, le coordonnateur du PDITH et moi. » La procédure utilisée s'inscrit dans une approche top-down : dans un premier temps le niveau national définit les grandes orientations, dans un second temps le Directeur de la DDTEFP et celui de la délégation régionale AGEFIPH confrontent les orientations nationales qui leur ont été transmises par leur hiérarchie et mettent au point leur adaptation locale. Dans un troisième temps ils transmettent leurs conclusions à leurs chargés de mission respectifs qui, dans un quatrième temps se rencontrent en « comité de pilotage off » restreint. Enfin, dans un cinquième temps ils présentent leurs propositions au comité de pilotage. Ce type de fonctionnement n'est pas spécifique au PDITH girondin, on le retrouve dans de nombreuses instances de décisions regroupant des acteurs de différents organismes : à titre d'exemple ce mode de prise de décision a été observé lors de l'évaluation de la loi quinquennale dans de nombreux COREF (Comité régional de la formation professionnelle, de la promotion sociale et de l'emploi).

➤ *L'importance de la ressource financière et des compétences mobilisables*

Si la procédure décrite permet de comprendre que les décisions se prennent à deux, elle ne permet pas de mettre en évidence qui des deux (la DDTEFP ou l'AGEFIPH) infléchit le plus les orientations. Il s'avère que la capacité à mobiliser des financements et le type des compétences mobilisables sont des critères déterminant pour évaluer le poids de chaque organisme dans la prise de décision.

Du point de vue des ressources financières, la position de l'AGEFIPH est centrale sur le volet politique spécifique de l'emploi des personnes handicapées. Sa participation supérieure à l'État dans le financement du PDITH met les services déconcentrés dans une position de fragilité lorsqu'il s'agit de négocier certaines orientations⁴⁹. Une autre ressource lui vient des définitions de ses missions : alors que les services déconcentrés ont des missions sectorielles qui les enferment, l'AGEFIPH doit développer l'innovation et être complémentaire aux mesures sectorielles. Ces compétences lui permettent d'intervenir de façon transversale et plus librement que les services déconcentrés de l'État. De plus, l'AGEFIPH peut financer à hauteur de 90 % certains programmes. Dès lors, il devient difficile pour la DDTEFP par exemple d'influer sur le choix des organismes qui font l'objet d'une sélection pour la mise en œuvre de certains programmes. La question des moyens et du pouvoir d'action est resituée par le représentant de la DDTEFP au regard des compétences respec-

⁴⁹ L'AGEFIPH intervient à plus de 55 % dans le financement du PDITH, l'État autour de 40 % et essentiellement par le financement des mesures de droit commun (CIE, SIFE, CES).

tives des services déconcentrés de l'État et de l'AGEFIPH. Pour les premiers, « dans de nombreux domaines c'est l'État qui décide, et en tant que relais de l'État notre action est légitimée, mais dès que l'on est dans le domaine de la politique d'emploi des personnes handicapées, c'est l'AGEFIPH qui est puissante et détient le pouvoir de décision et celui du financement. »⁵⁰ Le représentant de la DDTEFP se trouve dans une position affaiblie dans la mesure où il participe à des négociations dans lesquelles son pouvoir de financement est extrêmement limité. À l'inverse, du fait de sa capacité financière, la délégation régionale de l'AGEFIPH a les moyens de sélectionner les organismes avec lesquelles elle voudrait développer certaines actions et a la possibilité d'exclure certains organismes dont la DDTEFP souhaite le maintien, parce qu'elle connaît la qualité de leur travail ou pour des raisons de couverture territoriale (il s'agit souvent d'organismes de formation dédiés à des publics en grande difficulté et situés dans des zones géographiques peu équipées).

Le manque de moyens financiers dont fait état la DDTEFP l'a conduit à rechercher des solutions pour assurer sa participation lors des décisions. Le cofinancement de la fonction de coordination en est un exemple. Le PDITH de la Gironde est doté d'une coordination cofinancée à part égale par l'AGEFIPH et la DDTEFP. La coordination est portée par l'association Handic'Aptitude ; elle fonctionne grâce à une personne handicapée recrutée dans un premier temps en CES, transformé en CEC. Loin d'être un détail, la nature de ce contrat aidé est une ressource pour la DDTEFP qui officiellement cofinance 50 % de la coordination mais qui, du fait de ce contrat dont le financement est issu des ressources de l'État, déduit de sa participation le montant de l'aide versée dans le cadre du contrat. Cette manipulation permet à la DDTEFP de maintenir sa ligne budgétaire pour le PDITH suffisamment créditée pour se positionner lors de cofinancements d'actions pour des demandeurs d'emploi handicapés. À titre comparatif, la situation est différente dans les Pyrénées Atlantiques dans lesquelles le cofinancement de la coordination du PDITH entame la ligne budgétaire de la DDTEFP de plus de 70 %, ce qui limite ensuite ses possibilités pour le cofinancement d'action et du coup, entame sa légitimité lors de certaines négociations : « dans les Pyrénées Atlantiques, s'ils cofinanciaient la coordination à 50 % il ne leur restait rien pour financer des actions de formation. Alors, si vous mettez 10 F [~1,5 euros] et l'AGEFIPH 200 F [~30 euros), vous avez beaucoup de mal à choisir le prestataire. »⁵¹

⁵⁰ Entretien avec le DDTEFP.

⁵¹ Entretien avec le responsable du PDITH de la DDTEFP.

➤ *Un déficit d'instruments pour assurer le pilotage des PDITH*

L'accès à des données quantitatives fiables pour permettre au comité de pilotage du PDITH de fixer des objectifs et l'évaluation des actions menées, sont cités comme des outils manquant à de très nombreux PDITH. Certains PDITH ont développé des actions innovantes pour améliorer la connaissance des entreprises et du public des demandeurs d'emploi handicapé. Ainsi, dans certains départements, les PDITH ont étudié les déclarations D1 et D2⁵² des entreprises pour cibler celles qui n'avaient pas leur quota et les contacter en priorité. En Normandie, l'action *Tremplin 2000* concernait la recherche de postes de travail de bas niveau de qualification (enquête auprès des entreprises et sélection de candidats). Enfin, on peut citer le cas du PDITH du Puy de Dôme qui a mis en place une démarche de diagnostic partagé.

Cependant, les outils de pilotage les plus souvent utilisés sont les tableaux de bord, mais leur utilisation dépend d'une culture commune sur la gestion des informations et cette culture n'est que rarement partagée. On trouve aussi des bases de données prévues pour le suivi des parcours individualisés mais qui, faute d'être renseignées correctement sont peu utilisables. La question des outils est d'autant plus difficile à résoudre que l'on est dans un contexte organisationnel dans lequel chaque acteur est dans le même temps sollicité par son propre organisme de rattachement et éventuellement ceux avec lesquels il a contractualisé pour renseigner des tableaux statistiques différents selon l'institution qui le transmet. Cette pléthore de demandes de renseignements selon des modalités différentes convergeant vers les PDITH, ne leur est pas spécifique : on retrouve le même phénomène dans les Missions locales – qui sont amenées à renseigner des bases statistiques avec des masques de saisie différents selon qu'ils proviennent du Conseil régional, de la Délégation Interministérielle de la Jeunesse, de la DDTEFP – ou bien encore dans les laboratoires de recherche. En l'absence d'un accord sur le format du recueil des données, l'accumulation d'informations de même nature sous de formats différents ne contribue pas à la constitution d'un socle commun de connaissances partagées.

Pour pallier le déficit d'informations, la création d'observatoires était en cours de mise en place dans plusieurs régions au moment de l'enquête de terrain. Généralement, il s'agit de lieux où l'information sur les demandeurs d'emploi handicapés et celles sur les entreprises est regroupée et diffusée ensuite à l'ensemble des acteurs du PDITH. Les productions de ces observatoires sont hétérogènes, elles vont de la présentation de l'évolution du nombre de demandeurs d'emploi handicapés à des publications conséquentes regroupant une foule d'informations sur la région (c'est le cas en région Rhône Alpes). En Gironde, c'est l'Observatoire Régional de la Santé au Travail (ORST) qui assure cette

⁵² Ces formulaires sont remplis par les entreprises et centralisées par les DDTEFP.

fonction. L'ORST est un outil émanant de l'accord national interprofessionnel de septembre 2000 sur la Santé au Travail et la prévention des risques. Les signataires de cet accord, outre les 3 organisations patronales, sont la CFDT, la CGC et la CFTC. L'ORST fournit au PDITH des données chiffrées sur la population handicapée et les taux d'insertion mais pas de données qualitatives comme les trajectoires d'insertion des personnes handicapées.

10.5.2 La coordination : élément de blocage ou moteur pour l'innovation ?

La note d'orientation de la DGEFP prévoit qu'une instance de coordination du PDITH peut être instituée par l'instance de décision. Cette fonction fait l'objet d'un cahier des charges type. La mise en place de coordonnateurs dont le poste est cofinancé par l'État et l'AGEFIPH doit permettre de réguler les relations entre les différents acteurs présents dans les PDITH. Plusieurs formules de coordination existent : certaines sont portées par des cabinets de consultants, la forme la plus répandue est celle d'une coordination portée par une association. L'AGEFIPH comme la DGEFP reconnaissent le caractère peu conventionnel de ce type de poste qui n'est occupé ni par un représentant de l'État, ni par un salarié de l'AGEFIPH. L'association portant le PDITH doit être en mesure d'embaucher une personne dont le salaire est cofinancé par l'État et l'AGEFIPH. Au moment de l'enquête, cette formule était la seule permettant de réaliser le cofinancement de la coordination. Si cette situation est jugée inconfortable sur le mode de financier, elle est soutenue par l'AGEFIPH et la DGEFP qui souhaitent que le coordonnateur soit exempt de tout rattachement institutionnel dans la mesure où son rôle est de faciliter les relations entre les différents acteurs participant au PDITH.

De façon générale, si le rôle de régulation organisationnelle du coordonnateur est reconnu dans nombre de PDITH, un débat sur la finalité de cette fonction semble permanent. Globalement, deux conceptions de la fonction de coordination se différencient :

1. Une première conception adosse la fonction de coordination au « rôle de régulation » des différences et des clivages au sein du partenariat ; dans certains PDITH cette régulation est recherchée à travers un rôle visant à favoriser l'apprentissage du travail collectif. Dans les deux cas, la fonction de coordination est associée par les partenaires des PDITH à la « neutralité », c'est-à-dire une forme d'indépendance vis-à-vis des financeurs de la fonction (DDTEPF-AGEFIPH). Cette neutralité est la garantie, pour de nombreux coordonnateurs, de leur légitimité.

2. Une seconde conception adosse la fonction de coordination à « l'innovation, l'ouverture sur l'environnement ». Dans ce cas de figure, la création d'actions dont la finalité est l'insertion professionnelle prime sur la régulation : l'innovation est la valeur centrale à partir de laquelle le PDITH structure ses orientations. L'appréciation de l'efficacité de la fonction de coordination se réalise par sa capacité à faire émerger des propositions innovantes dans le but d'améliorer l'insertion des personnes handicapées.

Cependant, quelques années après leur mise en place, il ressort que le mode de fonctionnement des coordinations ne favorise pas l'innovation et que la coordination est davantage un facteur de blocage : « ce qui se passe, c'est que les coordinations sont souvent perçues par nous [l'AGEFIPH] et par l'extérieur comme des entités très bloquantes, très administratives, qui ont tendance à devenir des excroissances du service public de l'emploi. Et c'est manquer leur mission de recherche d'innovation et d'évolution des prestations, d'analyse des populations, etc. qui permettrait de réorienter la politique départementale pour en venir à un traitement administratif des problèmes, ce qui a été très nettement le cas en Gironde. »⁵³ Un élément de réponse vient des coordonnateurs eux-mêmes : ils ressentent le manque de professionnalisation de cette fonction. Ils proviennent d'horizons professionnels différents et doivent, généralement à partir d'un profil de poste succinct, construire leur fonction au quotidien. Nombreux sont ceux qui soulignent les problèmes pratiques qu'ils rencontrent pour réaliser leur mission tant l'accès à l'information est malaisé : difficulté à identifier les sources d'information, à les mobiliser, croiser les données de sources hétérogènes, etc.

10.5.3 Les opérateurs de terrain : comment rendre les travailleurs handicapés désirable ?

Le rôle attendu des opérateurs de terrain dans les PDITH est triple. Ils doivent coordonner leurs interventions, se concerter, et d'être en mesure de faire des propositions innovantes. Parmi les opérateurs de terrain, les organismes de placement et de formation sont ceux qui ont le plus de difficulté à assurer leur position de façon stable. Deux groupes peuvent être distingués : les structures ayant la vocation de traiter des publics porteurs de handicaps spécifiques, et celles ayant en charge l'insertion des travailleurs handicapés en général.

⁵³ Entretien avec le délégué régional de l'AGEFIPH en Aquitaine 1997.

Pour le département de la Gironde on peut ainsi identifier :

<i>Structures généralistes</i>	<i>Associations spécialisées</i>
<ul style="list-style-type: none"> - ANPE - CRAM Aquitaine - EPSR - Média Hand'Treprise - GIRPEH (Groupement Interprofessionnel Régional pour la Promotion de l'Emploi des Handicapés) 	<ul style="list-style-type: none"> - GIHP (Groupement pour l'Insertion des Handicapés Physiques) - ARI (Association pour la Réadaptation et l'Intégration) - APF (Association des Paralysés de France) - SPPS (Service de la Promotion Professionnelle des Sourds) - UASO (Union des Aveugles du Sud-Ouest)

➤ *La faiblesse relative des associations spécialisées*

Le nœud gordien de l'enchevêtrement des compétences représente l'une des contraintes majeure à la construction de référents communs. À titre d'exemple, en Gironde, des tensions sont nées du chevauchement de certaines compétences, et plusieurs organismes ont dû redéfinir leurs critères d'intervention auprès du public handicapé. Cela a été le cas pour l'APF (Association des Paralysés de France) et le GIHP (Groupement pour l'insertion des handicapés physiques) et l'Union des aveugles du Sud-Ouest qui interviennent en amont de l'insertion professionnelle à travers des actions d'accompagnement et de formation auprès des déficients visuels. Certaines formations sont dispensées par ces trois organismes pour le même type de public, dont la caractéristique est d'un part un type de handicap particulier et d'autre part le faible volume de stagiaires potentiels⁵⁴. Ce dernier devient dès lors l'objet d'enjeux dans la mesure où le taux de remplissage des formations est la garantie de pouvoir continuer à bénéficier des financements de l'AGEFIPH et du Fonds social européen. Le recrutement de leur public est régional ce qui suppose un réseau d'adhérents suffisant pour alimenter les sessions de formation, ainsi qu'une logistique adéquate pour assurer leur hébergement.

⁵⁴ Ce faible volume de stagiaires potentiel se traduit par un recrutement au niveau régional. Recrutement qui pose des contraintes en terme d'hébergement, et dans certains cas de transfert de prise en charge de l'AAH par le Conseil général de la Gironde.

➤ *La défense des prés carrés pour les structures généralistes*

Les organismes dont la légitimité d'action s'enracine dans les législations précédentes ne manquent pas de rappeler leur champ de compétences ; aux autres partenaires d'en déduire les leurs. Ainsi, la CRAM Aquitaine n'a eu aucun problème à « verrouiller » son action et son public : elle siège à la COTOREP, elle est légitime pour assurer le suivi des accidentés du travail et assurés sociaux, et a même posé une limite d'âge (45 ans) des dossiers qu'elle souhaitait traiter. De plus, cet organisme dispose de larges ressources : services sociaux spécialisés, conseillers de l'emploi spécialisés, possibilité de mettre en place des contrats aidés financés par les CPAM, de faire appel aux compétences des techniciens du service *prévention des accidents du travail* (pour les aménagements de postes) et d'accéder de façon préférentielle aux médecins conseils des CPAM. Ces ressources ont permis à la CRAM Aquitaine de défendre son autonomie vis-à-vis des l'AGEFIPH.

Les autres organismes ne disposent pas d'un tel support logistique et sont donc amenés à négocier les conditions de prise en charge et le profil des travailleurs handicapés dont ils doivent assurer l'insertion. La notification COTOREP est d'un faible secours pour aux car, si elle stipule une insertion en milieu ordinaire de travail, elle ne mentionne pas (au moment de l'enquête) lequel de ces organismes en aura le suivi. Les règles de répartition du public sont discutées dans le cadre du PDITH dont les acteurs doivent établir des « clefs » permettant de répartir les dossiers vers les différents opérateurs de terrain. La base de distribution pour ces dossiers est l'évaluation de la distance plus ou moins grande de l'accès à l'emploi. Ils sont hiérarchisés selon des critères d'employabilité ; ces critères qui ne reposent cependant sur aucune définition stabilisée.

➤ *Des pratiques professionnelles différentes*

Deux grandes approches se côtoient quant à la façon de traiter l'insertion des personnes handicapées : celle fondée sur la logique sociale et celle fondée sur la logique économique. Ces deux logiques peuvent coexister au sein d'un même organisme, l'une des deux étant dominante, voire portées par des professionnels différents au sein du même organisme. La logique sociale se rencontre essentiellement dans les services sociaux et les EPSR de la première génération ; l'autre dans les organismes de placement plus récemment créés. Par ailleurs, la réalité des situations peut amener une structure privilégiant une logique économique à adopter une logique sociale pour commencer à résoudre les problèmes liés à l'insertion professionnelle de certaines personnes handicapées.

De plus, les opérateurs de terrain ont intégré avec l'expérience une culture propre à leur organisme d'appartenance qui comprend des modes de résolution des problèmes, de régulation des conflits, utilisation d'outils particuliers, etc. C'est à travers ce prisme qu'ils analysent et évaluent les situations et chacun peut se prévaloir d'une méthode acquise soit

en cours de formation initiale, soit au sein même de son organisme. L'absence de formation continue commune à l'ensemble des conseillers de l'emploi des différentes structures d'insertion contribue maintenir une hétérogénéité des pratiques professionnelles. Interrogés sur leur pratique et celle des autres partenaires, les opérateurs de terrain reconnaissent que s'ils ont un même objectif (insérer des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de production) ils n'ont qu'une vague idée des compétences et méthodes mobilisées par les autres opérateurs, de leur mode d'organisation et les outils à leur disposition. Ils savent cependant qu'ils travaillent et évaluent les situations différemment. Au final, ils ont une représentation schématique des méthodes de travail des autres organismes. Cette posture leur permet de maintenir leur autonomie : ne pas dévoiler ses savoir-faire est un moyen de renforcer la spécificité et l'identité culturelle de l'organisme dans lequel chacun travaille.

➤ *La dépendance de certains opérateurs de terrain vis-à-vis des financements de l'AGEFIPH*

La marge de liberté des opérateurs de terrain est plus ou moins grande en fonction du mode de financement de la structure dans laquelle ils évoluent. Le rôle de l'AGEFIPH dans la définition des axes politiques des PDITH est majeur de part sa capacité de financement : actions et financement de personnels de certaines structures peuvent être assurés jusqu'à 90 % par cet organisme. C'est le cas du service emploi de l'APF en Gironde – 75 % de financement par l'AGEFIPH, le reste provenant de l'association elle-même et de l'ANPE, de Txalupa dans les Pyrénées Atlantiques (90 % de ses financements proviennent de l'AGEFIPH). Ces financements font l'objet de conventions, moyen par lequel l'AGEFIPH peut contrôler ainsi une large part de la définition des missions de ces structures et développer au plan local ses programmes. Ainsi, la marge de manœuvre laissée aux organismes se trouve limitée par la politique de l'AGEFIPH ; en retour, c'est aussi le moyen grâce auquel certaines répartitions de compétences ont pu se réaliser construisant une certaine cohérence du système d'insertion au niveau départemental et assurant une forme d'homogénéité d'offre de services sur le territoire national. Cette forme de « lissage » a été d'autant plus difficile à accepter pour les associations que leur action dans le domaine était ancienne et reconnue. Ainsi, le réseau Ohé Prométhée a éprouvé des difficultés à voir son action masquée par la mise en place du label Cap emploi. En effet, dans les documents présentant l'action de l'AGEFIPH en faveur de l'insertion des personnes handicapées, c'est ce label qui prime et non l'action particulière de tel ou tel organisme. Du coup, ce n'est plus l'organisme qui est valorisé mais l'action générale de l'AGEFIPH.

10.5.4 Une mise en œuvre qui reste dépendante des grandes orientations nationales

Pour comprendre l'évolution des rapports de forces au sein du PDITH, il est important de considérer l'effet que produit l'application des différentes directives émanant des divers ministères. Ainsi, l'une des difficultés du maintien d'un certain équilibre des relations au sein du PDITH, tient aux repositionnements des missions des différents acteurs présents dans le PDITH. Qu'il s'agisse de l'ANPE, l'AFPA, la CRAM Aquitaine, la DDTEFP, ou des organismes d'insertion, chacun de ces organismes peut voir ses missions révisées par sa tutelle ; et par la même se trouver en position de renégocier sa position vis-à-vis des autres partenaires. Ainsi, plusieurs fois par an, un des acteurs du PDITH reçoit des directives de sa hiérarchie qui viennent modifier l'équilibre établi entre les différents partenaires et les formes d'organisations établies. Les deux exemples suivants illustrent les perturbations qui peuvent venir influencer les relations établies entre les partenaires du PDITH.

➤ *La difficile inscription des PDITH dans la démarche de territorialisation des politiques de l'emploi*

Le passage de la globalisation des mesures à la territorialisation de la politique de l'emploi à la fin des années 1990 s'est traduit par le développement des pratiques de diagnostics territoriaux. Si la première globalisation était centrée sur les outils, la seconde se veut centrée sur les publics⁵⁵. Elle est décrite comme « une approche globale de l'intervention sur le marché du travail dans un territoire géographique donné, conjuguant diagnostic, définition d'objectifs et mutualisation de moyens, dont les outils. » Si les circulaires de 1998, évoquent les démarches de diagnostic territorial et de programmation de plans d'actions locaux⁵⁶, celles de 1999 et 2000 comportent plusieurs innovations⁵⁷ :

- exigence de production d'un *diagnostic territorial* et d'un *plan d'action local*,
- invitation à la constitution d'*équipes locales* du SPE dont la mission est la réalisation du diagnostic et du plan d'action,
- désignation de *consultants régionaux*, non pas extérieurs au SPE, comme l'expression pourrait le laisser penser, mais internes, recrutés localement dans l'un des trois réseaux (services déconcentrés, ANPE, AFPA). Ces consultants à temps partiel (ils conservent leur fonction principale) ont pour mission d'appuyer les équipes locales pour la réalisation des diagnostics,

⁵⁵ La globalisation nouvelle formule est expérimentée dans six régions en 1997 et généralisée en 1998.

⁵⁶ Notion reprise d'une circulaire de février 1992.

⁵⁷ T. Berthet *et alii*, 2001, *op. cit.*, p. 55.

- autre évolution significative, la globalisation concerne désormais l'ensemble des mesures : aides individuelles à l'emploi (emplois jeunes par exemple) et aides aux entreprises (aides à l'ARTT notamment) : la stratégie territoriale pour l'emploi doit englober l'ensemble des leviers d'action de la politique de l'emploi.
- en 2000, un guide pour l'action est transmis aux équipes locales et aux consultants régionaux. Il aborde les aspects méthodologiques liés à la réalisation du diagnostic local et à l'élaboration des plans d'actions locaux.

La participation des PDITH aux diagnostics territoriaux est posée comme un gage de meilleure efficacité de la mise en œuvre de la politique de l'emploi des personnes handicapées. Après la création du label Cap Emploi (2000), l'attente des pouvoirs publics est celle d'un renforcement de la territorialisation de la politique de l'emploi envers les travailleurs handicapés. Le PDITH doit être en mesure de maintenir un haut niveau de flux d'accès à l'emploi et l'on attend des opérateurs de terrain du PDITH qu'ils s'impliquent davantage dans la démarche territoriale du SPE. Reste cependant la question de savoir pour eux comment intégrer le diagnostic spécifique des travailleurs handicapés dans le diagnostic des personnes en difficulté sur le marché de l'emploi ?

Au niveau territorial on constate que les relations entre le réseau constitué par les acteurs impliqués dans le PDITH et le réseau impliqué dans la mise en œuvre de la politique de l'emploi sont faibles. Il n'y a que peu de liens entre les actions développées dans le cadre des PDITH et les programmes initiés dans le cadre du SPE. Idéalement, les différents partenaires du PDITH devraient être en mesure de redéfinir leur action en fonction d'une démarche territoriale initiée par le SPE⁵⁸. Cependant, cette nouvelle façon de gérer l'insertion des personnes handicapées repose sur une logique qui vient, dans de nombreux PDITH, télescoper une organisation qui s'est construite en fonction d'un public spécifique et qui fait appel à des réseaux et mesures eux aussi spécifiques. Inscire leur action dans la démarche territoriale nécessite un investissement en temps et démarches souvent difficile à inscrire dans un planning déjà chargé.

Dans les faits, certains acteurs présents dans les PDITH tentent d'articuler leur pratique à la démarche territoriale, ce qui se traduit par une superposition des logiques d'intervention et génère une fragmentation supplémentaire des lieux où se construisent les parcours d'insertion des personnes handicapées. Même si la démarche de territorialisation présente plusieurs aspects positifs dans sa présentation (connaissance plus fine des publics et des entreprises, transfert d'informations, mutualisation de certaines expériences, etc.) ; au final, l'inscription des Cap Emploi dans la démarche territoriale génère beaucoup de

⁵⁸ Les textes établissant la démarche de territorialisation prévoient la participation du réseau Cap Emploi aux comités de bassin d'emploi.

lourdeurs (nouvelles réunions, élargissement du réseau) et rend plus complexe l'intervention des acteurs. Cette lourdeur et cette complexité sont renforcées par l'absence d'outils communs d'évaluation. L'investissement des PDITH dans la démarche territoriale est contrasté selon les départements. Dans certains départements le coordonnateur du PDITH est impliqué dans les équipes locales ou dans la démarche générale ; dans d'autres départements le réseau Cap Emploi est aussi présent. Enfin, dans les autres départements ils sont absents du dispositif. Lorsqu'il y a participation du PDITH, elle repose très souvent sur les relations préexistantes entre les coordonnateurs des PDITH et les coordonnateurs emploi-formation de leur département.

Avec la territorialisation des politiques de l'emploi et le rôle important donné aux bassins d'emploi, la question de la marginalisation des PDITH se pose. En déplaçant la mise en œuvre de la politique de l'emploi vers les bassins d'emploi, ce n'est plus seulement les publics qui déterminent l'organisation de la politique de l'emploi, mais aussi le territoire. Ainsi, le PDITH perd de sa centralité et n'apparaît plus comme le dispositif principal pouvant gérer l'insertion des personnes handicapées dans toutes ses dimensions. Pour éviter sa marginalisation, c'est l'ensemble de son action qui doit être remaniée : soit le PDITH reste spécialisé au niveau départemental et peut finir par ne traiter que les cas de personnes handicapées qui ne pourront pas l'être au niveau des bassins d'emploi ; soit, il articule son action à celle des bassins d'emploi. Mais la capacité d'adaptation du PDITH à ce nouveau mode d'action est limitée, elle peut passer par l'investissement des organismes d'insertion dans les différentes réunions des Plans locaux d'insertion, des réunions de bassin d'emploi, ce qui a pour effet mécanique d'alourdir leurs missions. Pour l'AGEFIPH, la territorialisation de la politique de l'emploi est difficilement compatible avec la logique du PDITH, « A partir de la globalisation et de la territorialisation on n'est plus sur un schéma descendant mais remontant, il faut que l'intérêt des personnes handicapées soit vraiment pris en compte à la base. Hors, l'AGEFIPH n'a pas les moyens d'être à la base, forcément il faut s'appuyer sur des structures qui ont une famille de préoccupations et d'objectifs, ce sont les Cap Emploi. Mais, si nous sommes encore partiellement présents au niveau départemental à travers nos chargés d'études et de développement dans les PDITH, au niveau infra départemental on n'est pas présent. »⁵⁹. Le sentiment selon lequel le niveau du bassin d'emploi est difficilement compatible avec l'organisation départementale du traitement de l'insertion des personnes handicapées est aussi partagé par la DGEFP : « On est conscient que l'échelon départemental n'est pas toujours pertinent et du fait qu'en matière d'emploi c'est plutôt le bassin d'emploi qui a du sens. De toute façon on aura du mal avec l'échelon départemental qui ne correspond pas à celui du bassin d'emploi qui peut être supra départemental ou intra départemental. Il faut reconnaître que [le niveau départemental] cela ne

⁵⁹ Entretien avec le directeur adjoint de l'AGEFIPH.

colle pas mais en fait ce qui a guidé ce choix ce sont les logiques institutionnelles qui font que c'est à cet échelon que l'on trouve l'ensemble des acteurs qui avaient vocation à être présents au sein du PDITH. »⁶⁰

Ainsi, pour les opérateurs de l'insertion des personnes handicapées, il devient difficile dans un tel foisonnement de dispositifs de tous les investir. Cependant, ce constat est largement atténué par les réalités de terrain : dans les faits, ce sont les PLIE ou les comités de bassins qui orientent vers le PDITH tout demandeur d'emploi qui est handicapé. Il y a donc la persistance d'une représentation qui consiste à gérer de façon spécifique les parcours d'insertion des personnes handicapées en les « renvoyant » vers les organismes spécialisés dans l'insertion de ce public. Au final, la territorialisation de la politique de l'emploi n'est pas un facteur contribuant à l'intégration des personnes handicapées dans les dispositifs de droit commun, cette dernière se réalise selon un circuit relativement routinier : ce sont les organismes spécialisés qui saisissent le conseiller de l'ANPE pour inscrire les travailleurs handicapés dans les mesures de droit commun.

➤ *La mise en place du PAP-ND (Programme d'Action Personnalisé pour un Nouveau Départ)*

La mise en place du PAP-ND par l'ANPE, a nécessité d'une part l'assimilation par les conseillers de l'emploi de l'ANPE des conditions de mise en œuvre de ces mesures et d'autre part l'explication aux opérateurs du PDITH de leur rôle dans cette mise en œuvre. Cette dernière ne s'est pas réalisée mécaniquement mais a suscité des questions de la part des structures de placement Cap emploi sur l'effort supplémentaire que générerait dans leur mission cette nouvelle mesure. Leur réaction a été portée à la connaissance du ministre de l'Emploi : « M. Jean-Claude Peyronnet attire l'attention de Mme le ministre de l'emploi et de la solidarité sur la mise en œuvre du plan d'aide au retour à l'emploi pour les personnes handicapées. Afin d'assurer la mise en place de ce dispositif, l'Agence nationale pour l'emploi sera renforcée de 3 650 agents supplémentaires. Cette mesure qui doit être saluée laisse néanmoins en suspens la question des travailleurs handicapés. En effet, en application de l'article L. 313-II du code du travail, ceux-ci sont accompagnés 'dans leur accès à une vie professionnelle et sociale stable' par des structures dénommées Cap Emploi. Ces structures s'inquiètent de ne pas bénéficier de moyens complémentaires au même titre de l'ANPE alors que leurs besoins seraient réels. En conséquence, il souhaiterait connaître les moyens supplémentaires dont le Gouvernement entend doter ces structures afin de leur permettre de mener à bien leur mission de service public au profit des personnes handicapées privées d'emploi. »⁶¹. Quelques mois plus tard, une convention entre l'ANPE et

⁶⁰ Entretien avec la responsable de la mission travailleur handicapé de la DGEFP.

⁶¹ Sénat : Plan d'aide au retour à l'emploi des handicapés, Ministère de dépôt : Emploi. Question écrite n° 34843 du 23 août 2001 page 2659 - avec réponse posée par J.-C. Peyronnet du groupe socialiste.

l'AGEFIPH adaptait la mise en œuvre de cette mesure pour les personnes handicapées : « Une convention nationale, conclue le 10 août 2001 entre l'ANPE et l'AGEFIPH, prévoit les modalités et les conditions de mise en œuvre du nouveau programme d'action personnalisée pour un nouveau départ (PAP-ND) au bénéfice des travailleurs handicapés. Le financement des moyens supplémentaires sera apporté par l'AGEFIPH et l'ANPE, à hauteur respectivement de 7,93 et 7,62 millions d'euros en 2002 et en 2003, pour la prise en charge annuelle de 60 000 personnes éligibles au PAP-ND par le réseau Cap-Emploi. Par ailleurs l'AGEFIPH devrait consacrer un budget prévisionnel 2002 de 49 millions d'euros au titre des moyens structurels du réseau. Les moyens alloués par l'AGEFIPH seront prévus dans le cadre de la convention d'action signée entre l'AGEFIPH et l'organisme gestionnaire de la structure Cap-Emploi. Conformément à la convention Etat-AGEFIPH du 9 décembre 1998, la détermination des financements accordés à ces structures est de la compétence du comité de pilotage national État-ANPE-AGEFIPH et des comités de pilotage régionaux présidés par les directeurs régionaux du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. L'action de chacune des équipes locales Cap-Emploi devant s'intégrer dans la politique territoriale concertée en faveur de l'emploi des personnes handicapées, un dialogue constant et étroit est maintenu entre le réseau Cap-Emploi, l'AGEFIPH et l'Etat. »⁶² Il faut cependant souligner que l'implication de l'AGEFIPH dans le cofinancement de cette mesure pour les personnes handicapées a complexifié sa mise en œuvre et conduit à l'adoption d'une nouvelle convention en 2004⁶³.

Ces exemples montrent que l'équilibre partenarial est dépendant d'une série de d'inflexions qui se jouent hors de son champ.

⁶² JO Sénat du 21 mars 2002 page 861.

⁶³ « La convention 2004-2005 passée avec l'ANPE porte sur la mise en œuvre du dispositif PAP/ND (programme d'action personnalisée pour un nouveau départ), au bénéfice des personnes handicapées. Cette nouvelle convention prévoit en particulier une simplification du mode de co-financement ANPE/Agéfiph, un suivi plus proche du territoire et un renforcement du partenariat entre le réseau Cap Emploi et l'ANPE, afin d'améliorer encore le service rendu aux personnes handicapées. La convention fixe au réseau Cap Emploi l'objectif de conduire 58 300 PAP/ND par an au profit des demandeurs d'emploi handicapés, le reste étant pris en charge par l'ANPE. Cet objectif est largement atteint puisque près de 61 000 personnes handicapées ont bénéficié d'un accompagnement par Cap Emploi en 2004. » Source rapport d'activité de l'AGEFIPH 2003, p. 13.

http://www.agefiph.asso.fr/htm/publications/pdf_word/Agéfiph%20RA%202004.pdf

10.6 LA POLITIQUE D'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES VUES DEPUIS LES ACTEURS DE TERRAIN

Comme on vient de le voir, le PDITH girondin a connu une série « d'événements » qui sont venus impacter à plusieurs reprises l'équilibre existant entre les divers partenaires, les obligeant parfois à rechercher des compromis et dans d'autres cas à s'adapter de facto à de nouvelles règles de fonctionnement au sein du PDITH. Au-delà des tensions et des réorganisations qui en ont découlé, on peut avancer que l'un des bénéfices secondaires de ces mises au point successives réside dans les échanges nécessaires au rappel des compétences et légitimités de chaque organisme impliqué dans le PDITH, ainsi que la communication à l'ensemble des partenaires des nouveaux cadres d'actions successifs qui ont été adoptés.

On fait ici l'hypothèse selon laquelle ces échanges ont permis aux différents partenaires de mieux se connaître et de pouvoir suivre ensemble l'évolution de la politique d'emploi à destination des personnes handicapées. Si cette hypothèse se vérifie, on doit pouvoir mettre à jour un certain nombre de représentations communes à l'ensemble des partenaires du PDITH. On fait le postulat que ces représentations peuvent être repérées à travers la consolidation d'un discours commun sur la politique d'emploi à destination des travailleurs handicapés (connaissance des missions respectives des uns et des autres, des objectifs, de la définition du problème, etc.) Ainsi, lors des entretiens menés, une série de questions concernait la façon dont chaque acteur perçoit le dispositif général de la politique d'emploi à destination des personnes handicapées et la mise en œuvre de cette politique dans le cadre du PDITH. Les réponses apportées permettent de se forger une idée de la façon dont ils perçoivent le processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique d'emploi à destination des personnes handicapées.

10.6.1 Une politique marquée par le désengagement de l'État...

Un premier constat fait apparaître que les acteurs des niveaux régionaux et départementaux ont une vision scotomisée sur les procédures qui conduisent aux choix des orientations décidées par le niveau européen et national. Le manque de lisibilité est alors comblé par des interprétations subjectives des textes. Cette vision scotomisée du processus d'élaboration des orientations de la politique de l'emploi des personnes handicapées peut être avancée comme l'un des facteurs permettant d'expliquer le décalage des perceptions des rôles respectifs de l'État et de l'AGEFIPH selon que l'on s'adresse à des acteurs de niveau national, régional ou bien à ceux du niveau départemental.

➤ *Des transferts de compétence au profit de l'AGEFIPH*

L'absence de vision d'ensemble de la politique d'emploi des personnes handicapées de la part des acteurs de terrain tient en partie au mode de transmission de l'information du niveau national vers les niveaux infranationaux. Cette dernière est véhiculée pour les services déconcentrés via des circulaires ou notes d'information et par le biais de notes internes pour les organismes de droit privé. Dans tous les cas, l'information est transmise directement, sans que les destinataires connaissent les débats ou logiques qui sous-tendent les nouvelles directives. Chaque destinataire doit dans un premier temps s'approprier le texte (compréhension et interprétation du sens) avant de faire part aux partenaires du PDITH des changements qui découlent de ces nouvelles directives. La transmission de l'information au reste des participants relève de la volonté et de la marge de manœuvre de celui qui en est le primo destinataire. Malgré cet accès limité à l'information, les acteurs sont en mesure de donner une interprétation des différentes inflexions que la politique d'emploi à destination des personnes handicapées a connu. Les récits recueillis mêlent faits objectifs et perceptions subjectives. Ce qui ressort avec le plus de netteté comme interprétation partagée est le sentiment d'un désengagement de l'État vis-à-vis de la politique d'insertion des personnes handicapées au profit de l'AGEFIPH. Ce sentiment s'appuie sur des faits objectifs : le transfert à l'AGEFIPH de la politique d'emploi spécifique à destination des personnes handicapées (1988), l'abandon de la création d'EPSR de droit public au profit d'OIP financés à 100 % par l'AGEFIPH (1994) ; le transfert de la gestion de la garantie de ressource à l'AGEFIPH (1997). Selon les organismes, les représentations sont plus ou moins nuancées mais restent empreintes de l'idée selon laquelle les relations État-AGEFIPH se traduisent par un désengagement de l'État dans la politique d'emploi des personnes handicapées : « Au niveau national, j'aimerais aussi bien comprendre. Ce qui se dit un peu de tous les côtés et que l'on peut, nous, constater, alors je ne sais pas si le terme désengagement est justifié, mais en tous les cas, c'est qu'il y a un glissement certain de l'État vers l'AGEFIPH sur tout ce qui concerne l'insertion des personnes handicapées. On le voit à des tas de niveaux, c'est des constats objectifs. Il y avait les EPSR publiques dont on se demande si elles vont continuer à exister, les EPSR privées sont maintenant financées à 100% par l'AGEFIPH etc. »⁶⁴

Sans que cela soit exprimé clairement lors des entretiens, on peut avancer que les services de l'État sont « amers » et se sentent dépossédés de missions qui auraient pu être de leurs compétences. D'une certaine façon, en transférant à une association une part de ses compétences, l'État a désavoué ses propres services.

⁶⁴ Entretien avec le DRTEFP.

➤ *La baisse visible des financements étatiques*

Le désengagement de l'État est aussi évalué au regard de sa « perte de puissance d'action » au bénéfice de l'AGEFIPH. En effet, une autre perception partagée par l'ensemble des acteurs concerne la « richesse » de l'AGEFIPH : elle a les moyens de développer des programmes exceptionnels qui lui permettent d'immobiliser ses masses financières tout en les activant progressivement dans des programmes ciblés. La richesse de l'AGEFIPH alliée à la définition de ses compétences transversales en fait un organisme considéré comme puissant. L'expression de cette domination prend différents supports : il peut s'agir de la capacité à financer intégralement une option d'action choisie – comme cela a été le cas lorsque l'AGEFIPH a financé des mi-temps dans les Missions locales pour améliorer l'accueil des jeunes handicapés. Comme on l'a déjà vu, ce sentiment est renforcé par l'absence de visibilité des financements de l'État dans le champ du handicap qui restent important via le financement des mesures de droit commun mais peu visibles pour les acteurs de terrain.

Les différents transferts de compétence de l'État vers l'AGEFIPH ont renforcé chez les acteurs des niveaux infranationaux la perception d'un désengagement de ce dernier dans la politique d'insertion des personnes handicapées, sentiment renforcé par l'absence de lisibilité des travailleurs handicapés dans les données statistiques de l'ANPE alors qu'ils bénéficient des mesures de contrats aidés financées par l'État.

10.6.2 ... Et une perte de la logique de service public

Le second constat qui ressort avec force des entretiens menés est le sentiment partagé qu'avec l'AGEFIPH la politique d'emploi spécifique des personnes handicapées relève de moins en moins d'une logique de service public. Cette représentation est plus ou moins nuancée selon les acteurs.

Pour les agents des services de l'État, l'appréciation de l'action de l'AGEFIPH se fait à l'aune de leur formation professionnelle et des ressources tant financières que d'action dont ils disposent : « à la base on n'est pas formé dans le même moule (...) c'est tout simplement que l'on est sur des logiques différentes, que l'on n'a pas les mêmes moyens et pas les mêmes pouvoirs. »⁶⁵ Les services déconcentrés de l'État reconnaissent partager le même objectif que l'AGEFIPH : améliorer l'emploi des personnes handicapées et à ce niveau l'AGEFIPH est reconnue comme une association au service de l'État et de l'intérêt général. Par contre, il y a dissonance quant à la logique sous-tendant la mise en œuvre de cet objectif qui diffère entre logique de service public pour les uns et logique marchande

⁶⁵ Entretien avec le DRTEFP

attribuée à l'AGEFIPH. La position de l'AGEFIPH aux côtés de l'État dans l'élaboration des orientations de la politique de l'emploi en faveur des personnes handicapées entraîne une suspicion quant à la dimension paritaire de cette politique. Les services déconcentrés de l'État pensent que « c'est encore l'État qui reste maître d'œuvre des politiques »⁶⁶, mais cette représentation est affaiblie par un mode de fonctionnement entre le ministère du Travail et l'AGEFIPH qui étonne : « c'est toujours surprenant au départ de voir les orientations communes entre l'État, le ministère qui représente l'État et une association, car on ne voit jamais les orientations communes du ministère de l'Emploi et de l'ANPE ; c'est le ministère de l'Emploi qui donne les orientations à l'ANPE. »⁶⁷

Pour la quasi majorité des acteurs de terrain rencontrés, l'AGEFIPH est perçue comme un organisme intervenant selon la logique du MEDEF, c'est-à-dire dans une logique néolibérale au détriment d'une logique plus sociale. La représentation dominante qui se dégage peut se résumer de la façon suivante : « l'AGEFIPH n'est pas un service public mais un organisme privé qui a la philosophie du patronat. Son objectif est de contrôler l'ensemble des organismes intervenant dans le champ de l'insertion des personnes handicapées ». Ce point de vue est connu de l'AGEFIPH : « Bien entendu on est suspecté de 1000 maux par les gens de terrain qui pensent que l'AGEFIPH va avoir une mainmise sur les organismes »⁶⁸

Un doute existe quant à la réelle volonté de la part de l'AGEFIPH de défendre l'intérêt général des personnes handicapées : ce qui est perçu comme la priorité de l'AGEFIPH est la recherche de l'intérêt des milieux économiques. Cette représentation s'appuie sur la nature attribuée à la contribution volontaire des entreprises que perçoit l'AGEFIPH. Pour les acteurs de terrain la contribution volontaire est de l'argent qui vient des entreprises et que l'AGEFIPH s'emploie à retourner aux employeurs. Cette analyse s'appuie sur le caractère privé de l'association (l'AGEFIPH n'est pas sous tutelle de l'État), sur le fait que la direction générale de l'association a été confiée entre 1988 et 2002 à un représentant du patronat (depuis 2002, l'AGEFIPH est présidée par un représentant proche des questions sociales⁶⁹). Enfin, elle se nourrit aussi par le type d'actions développées par l'AGEFIPH en direction des milieux économiques (sensibilisation, prime à l'embauche, aménagement des postes de travail). Dans le même temps, cette perception est modulée par le fait que de nombreux acteurs reconnaissent la nécessité de développer des actions à l'encontre des milieux économiques, pour permettre un meilleur accès des personnes handicapées à l'emploi.

⁶⁶ Entretien avec le DRTEFP.

⁶⁷ Entretien avec le DRTEFP.

⁶⁸ Entretien avec le Directeur adjoint de l'AGEFIPH.

⁶⁹ Claudie Buisson a effectué une carrière administrative diversifiée qui conjugue des expériences dans le domaine social, dans la gestion économique et financière ainsi que dans le management.

D'autres facteurs contribuent à renforcer l'image de l'AGEFIPH comme un prestataire du secteur privé : la communication. L'AGEFIPH communique haut et fort : plaquettes de qualité (quadrichromie et papier plastifié, stands imposants, etc.). Cette propension à communiquer ne correspond pas à l'image du service public, plus réservé dans ce domaine : « Comme toute institution, spontanément, et en plus qui a des moyens importants l'AGEFIPH a les moyens et le souhait de faire de la communication et on comprend qu'elle trouve ça beaucoup plus gratifiant de faire des actions avec marqué AGEFIPH sur le fronton plutôt que de dire je le fais pour le compte de l'Etat. C'est des réflexes d'organisation qui sont bien connus. (...)C'est certain que l'AGEFIPH a des moyens de communication bien plus importants que ceux de l'Etat et je comprends bien que nous et nos services on a souvent l'impression qu'on ne parle que de l'AGEFIPH pourquoi car d'abord, ils n'ont que ça à faire c'est un organisme qui ne fait que ça ; et par rapport aux moyens dont dispose l'Etat l'AGEFIPH c'est autant de personnes que l'ensemble de la DGEFP et nous on n'est que 12. Il bien évident que nous ne pouvons pas faire la même chose, comme ils ont beaucoup de moyens ils travaillent des prestataires extérieurs, c'est vrai qu'on est les petits derniers et que parfois cela hérissent un peu les services de l'Etat sur le terrain qui n'ont ni mes moyens de valoriser de ce qu'ils font, et qui peuvent trouver que c'est pas très gratifiant. »⁷⁰ Ce qui ressort c'est que la communication de l'AGEFIPH est perçue par les acteurs du PDITH comme un organisme qui fait *sa* promotion plutôt que celle des travailleurs handicapés : « si l'on fait une manifestation avec l'AGEFIPH, il faut que le stand de l'AGEFIPH soit gros, imposant (...) l'AGEFIPH a mis des moyens sans concurrence possible et au final tant mieux pour le placement des travailleurs handicapés, mais l'État pourrait aussi communiquer sur son action. »⁷¹ Dans le même temps, ce jugement est atténué, cette communication est tout de même aussi jugée positive car elle fait parler de l'insertion des personnes handicapées.

10.6.3 Au niveau local : l'amélioration de la gestion des parcours d'insertion pour un public qui reste défavorisé sur le marché du travail

L'ensemble des acteurs de terrain convient que le PDITH a permis d'améliorer les parcours d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. Ce progrès est en lien avec d'une part l'accumulation des réunions au cours desquelles les organismes ont débattu de leurs compétences respectives et d'autre part avec la recherche en commun de solutions à des situations d'insertion professionnelle jugées difficiles. Après quelques années de rencontres régulières, les différents opérateurs se connaissent suffisamment pour être en mesure d'assurer la réorientation de certains travailleurs handicapés vers l'organisme le

⁷⁰ Entretien avec la responsable de la mission personnes handicapées de la DGEFP

⁷¹ Entretien avec le DDTEFP.

plus à même d'apporter une réponse à ses besoins. Par ailleurs, les échanges répétés leur ont permis d'avoir une vision assez complète de l'offre de services présente sur le département et ainsi d'être en mesure de « confectionner » des parcours d'insertion complexes. À titre d'exemple, certains travailleurs handicapés peuvent être pris en charge successivement par plusieurs organismes dans le cadre de leur parcours d'insertion (phase de remobilisation et de resocialisation, phase de formation, de recherche d'emploi, etc.). Si la question du référent (personne qui assure le suivi du dossier tout au long du parcours) a quelquefois donné lieu à des tensions, au final, plusieurs travailleurs handicapés ont pu bénéficier d'une offre de services complémentaire leur permettant de réaliser un parcours d'insertion professionnelle long. On peut citer aussi la mesure de maintien dans l'emploi qui est venue répondre à un besoin identifié au départ par quelques opérateurs de terrain, et généralisée par la suite. Cette mesure, dont l'intérêt majeur est d'intervenir auprès de l'entreprise quand le salarié en fait encore partie, correspond à une sorte de situation idéale typique : éviter tout licenciement par des aménagements de poste ou une formation complémentaire pour maintenir le salarié dans son environnement professionnel. Malgré la lourdeur de ce dispositif⁷², l'ensemble des opérateurs de terrain apprécie ce type d'intervention : être dans la prévention d'un licenciement pour inaptitude est partie intégrante de leur conception de l'insertion des personnes handicapées dans l'emploi.

➤ *Le rôle du la bel Cap emploi*

Si l'adoption du label Cap emploi a généré des tensions et des malaises entre opérateurs de terrain – entre ceux l'ayant acquis et les autres –, la perception de la mise en place de ce label suscite des réactions diverses. Ce label est un moyen de communication plus efficace vis-à-vis des entreprises : il donne une apparente homogénéité à un ensemble d'organismes disparates ayant en charge l'insertion des travailleurs handicapés, ainsi que les informations transmises. En revanche, son application a eu deux effets négatifs : augmenter la concurrence et les tensions entre organismes des placement et masquer l'identité des organismes labellisés au profit de l'image de l'AGEFIPH.

➤ *Des actions pour un public qui reste défavorisé sur le marché du travail*

On ne reviendra pas ici sur les caractéristiques des demandeurs d'emploi handicapés (cf. supra partie 2 ch. 4.7), mais sur le regard que portent les opérateurs sur l'évolution du public dont ils ont la charge. L'ensemble des organismes ayant en charge l'insertion des personnes handicapées s'accorde pour souligner que le profil des travailleurs handicapés tend à être de plus en plus éloigné des critères d'employabilité demandés par les entrepri-

⁷² Ce type d'intervention nécessite la coordination du médecin du travail – voire du médecin conseil de la CPAM – d'un ergothérapeute, d'un coordonnateur de projet, etc.

ses. Les délais d’insertion augmente et le travail se complexifie : allongement des parcours d’insertion et recherche de solutions permettant au demandeur d’emploi handicapé de franchir les différents paliers lui permettant de devenir un concurrent acceptable sur le marché du travail.

10.7 QUE RESTE-T-IL DES HYPOTHESES ?

La question posée était de savoir comment garantir une mise en œuvre territorialisée en adéquation avec les orientations nationales lorsque l’intervention publique se réalise par le l’intermédiaire d’acteurs des secteurs privé et public ?

Comme on l’a vu, la régulation des entre acteurs constitue un enjeu d’autant plus important que la mise en œuvre des politiques publiques s’accompagne d’une augmentation de l’autonomie des acteurs impliqués et des risques de distorsion qui en découlent. Si personne ne s’accorde sur la définition des problèmes⁷³ à résoudre (parce qu’il n’y a jamais consensus sur la chaîne causale qui produit le symptôme que l’on veut traiter) on peut alors se demander comment l’État parvient à avoir la garantie que les systèmes d’acteurs locaux ne vont pas infléchir de façon excessive les contours de politiques publiques définies nationalement ?

Dans le cas de la politique d’emploi des personnes handicapées – qui regroupe à la fois les secteurs de la santé, de l’éducation, de la formation et de l’emploi – les services déconcentrés de l’État, pris dans des logiques de sauvegarde reproductrice, et dans l’affirmation de leur légitimité en termes de capacité d’intervention, ne constituent pas nécessairement la ressource la plus adéquate pour garantir le maintien des orientations définies nationalement. Dans ces conditions, la question était : *Comment le dispositif territorialisé qu’est le PDITH, permet d’organiser la cohérence d’actions à la fois nationales et locales, d’assurer la coordination entre les acteurs des secteurs public et privé, et d’opérer les ajustements nécessaires à la construction d’une vision commune du problème autour des enjeux liés à l’insertion des personnes handicapées ?*

⁷³ cf. J.G. Padioleau, *l’État au concret*, Paris, PUF, 1982.

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour amener des éléments de réponse à cette question :

Une **première hypothèse** vise à rendre compte des modalités d'une action publique à travers l'action collective et à pour objectif de répondre à la question : Comment s'organise l'action publique dans le cadre des PDITH alors que les différents acteurs impliqués ne disposent pas des mêmes ressources pour faire valoir leur point de vue ? On fait ici l'hypothèse que, *du fait de l'asymétrie des ressources des acteurs – et en particulier la position de relative faiblesse des services déconcentrés – c'est l'AGEFIPH qui a la plus grande capacité d'infléchir les décisions prises en comité de pilotage.*

Une **seconde hypothèse** se réfère aux transformations de l'action publique et à la re-composition des services d'État. En d'autres termes, comment l'État qui, du fait de la déconcentration, n'agit plus uniquement à partir de son centre mais aussi depuis sa périphérie, fait-il pour « garder la mainmise » dans des dispositifs territorialisés et s'assurer de la cohérence et de la continuité de son action ? L'hypothèse est faite selon laquelle, *pour garantir la continuité de son action, l'État utilise comme une ressource la dissociation des volets spécifique et droit commun de la politique de l'emploi.* En modifiant la configuration des jeux d'acteurs et en accordant une place importante à l'AGEFIPH au sein des PDITH, l'État a introduit à une place centrale un acteur porteur d'une culture managériale nettement orientée vers l'emploi. Ceci lui permet « d'utiliser » l'autonomie et la souplesse dont dispose l'AGEFIPH pour impulser du changement dans les dispositifs spécifiquement dédiés aux personnes handicapées et dans le même temps de renforcer la continuité de son action sur la politique de l'emploi de droit commun vers les publics en difficulté.

Enfin, une **troisième hypothèse** interroge les capacités adaptatives des dispositifs d'action publique. L'hypothèse faite ici est que *l'évolution de l'action publique dépend aussi des apprentissages que les acteurs présents dans le PDITH vont réaliser.* En d'autres termes, on doit pouvoir mettre en évidence une convergence des représentations et des solutions à apporter au problème de l'insertion des personnes handicapées (discours plus homogène des différents acteurs, connaissances partagée, etc.) portées par les différents acteurs présents dans les PDITH.

10.7.1 Quel partenaire infléchi le plus au niveau local la mise en œuvre de la politique d'emploi à destination des personnes handicapées ?

Plusieurs éléments convergent pour désigner l'AGEFIPH comme l'organisme le plus influent pour infléchir la politique de l'emploi à destination des personnes handicapées au niveau local. Cependant, l'influence de l'AGEFIPH est encadrée par des normes d'actions édictées par le niveau européen ou national.

➤ *La grande marge d'influence de l'AGEFIPH*

Les différents transferts de compétences de l'État vers l'AGEFIPH, la définition même de son mode d'intervention (transversal) ainsi que sa forte capacité financière, désignent l'AGEFIPH comme le partenaire le plus influent du PDITH.

Comme on l'a vu, les services déconcentrés de l'État – que ce soit la DRTEFP ou la DDTEFP – doivent faire preuve d'ingéniosité (en particulier pour récupérer de la ressource financière) pour parvenir à s'imposer lors des comités de pilotages et peser sur les décisions prises. L'influence de l'AGEFIPH s'appuie sur des ressources complémentaires : la compétence pour organiser la politique spécifique de l'emploi des personnes handicapées, la possibilité de s'insérer dans les mesures de droit commun par le biais de cofinancements qui généralement sont plus élevés que ceux que peuvent mobiliser les services déconcentrés de l'État. Enfin, la forte maîtrise qu'elle a sur le réseau des organismes ayant en charge l'insertion professionnelle des personnes handicapées et dont la création du label Cap Emploi témoigne. Pour ces organismes, renoncer à obtenir ce label, c'est renoncer aux financements qui l'accompagne. Ainsi, en masquant l'identité d'un ensemble hétérogène de structures de placements, souvent présentes sur le terrain bien avant la création de l'AGEFIPH, le label Cap emploi renforce l'image de l'AGEFIPH comme leader de la politique d'emploi spécifique à destination des personnes handicapées.

Si l'AGEFIPH est puissante et pèse dans les décisions depuis le niveau national jusqu'au niveau local, existe-t-il des garanties pour que son influence ne vienne pas desservir l'intérêt général ?

➤ *L'encadrement normatif de l'action de l'AGEFIPH*

La marge d'action de l'AGEFIPH est limitée par un certain nombre de normes émanant notamment de l'Union européenne et de la capacité de contrôle de l'État sur son budget. L'AGEFIPH intervient comme relais dans un certain nombre de politiques européennes et à ce titre doit respecter les normes et procédures qui en découlent. Si au départ son action auprès des acteurs locaux était faite dans une logique managériale, elle a dû faire évoluer ses pratiques : « On est passé d'un cas de figure – et on le voit bien avec les EPSR – où

avec le terrain on discutait le bout de gras avec le DDTEPF sur un coin de table et ça s'arrêtait là. Au niveau national les grandes associations avaient comme interlocuteur le ministère de la Solidarité, et tout le lobbying se faisait autour de ce ministère là. Et là on est passé à un autre système où les partenaires sociaux sont entrés dans le jeu, il n'y a pas de culture dans les associations sur le paritarisme, ce qui les déstabilise. De plus, depuis 1987/1988, avec le sommet de Luxembourg et le pacte pour l'emploi pour la 1^{ère} fois adopté par les pays membres de l'Union, on a des politiques communes en matière d'emploi dans les pays avec des programmes nationaux. Et donc les structures de terrain sont prises dans des programmes nationaux voire européens, et donc il n'est plus question d'aller discuter le bout de gras, les relations ont changé. C'est autre chose, c'est le PARE qui leur tombe dessus, et ils ont le sentiment de ne plus avoir d'autonomie locale. Ils n'ont plus la possibilité de mettre en œuvre une valeur ajoutée sans que le système ne leur tombe dessus. L'AGEFIPH est perçu comme un levier de mise en œuvre de normalisation dans ce processus. Ce qui n'est pas complètement faux et que l'AGEFIPH est un levier de ce processus. »⁷⁴ Au niveau national, l'action de l'AGEFIPH est, comme on l'a vu, encadrée par un certain nombre de conventions avec l'État qui exerce aussi son contrôle sur cet organisme par l'examen de son budget. Accepter le budget de l'AGEFIPH s'est accepter les orientations qui y sont financées.

10.7.2 Comment l'État parvient-il à garder la mainmise dans des dispositifs territorialisés et à assurer de la cohérence et de la continuité de son action ?

Pour répondre à cette question, il faut considérer la politique de l'emploi à destination des personnes handicapées dans ses volets spécifiques et de droit commun. Ces deux volets sont respectivement portés par l'AGEFIPH et l'État. En dissociant le volet spécifique de ses compétences l'État a ainsi renforcé son contrôle sur une plus grande masse de chômeurs, laissant à l'AGEFIPH le soin de s'occuper plus spécifiquement des personnes handicapées.

Peu d'éléments sont réunis dans ce travail pour valider cette hypothèse, seuls les propos du directeur adjoint de l'AGEFIPH et ceux du responsable de la mission travailleurs handicapés de la DGEFP amènent quelques éléments allant dans ce sens : « Le problème c'est que l'État fait sans le dire. Les principes c'est de dire – que l'on peut dater du sommet de Luxembourg en 1998 – sur la politique d'emploi des personnes handicapées on instaure un principe de complémentarité fort. Et ça c'est la convention État AGEFIPH fin 1998 (contrat d'objectif). Cette convention vise à dire « moi État je ne veux pas faire de spécifique pour l'emploi des personnes handicapées, c'est pas mon boulot, j'ai une politi-

⁷⁴ Entretien avec le directeur adjoint de l'AGEFIPH.

que d'emploi tous publics en difficulté (lutte contre les exclusions quelque soit la nature des difficultés) et dans ces politiques j'ai des publics prioritaires et je m'engage à ce que les personnes handicapées soient un public prioritaire sans condition. Ceci explique le transfert à l'AGEFIPH de l'aménagement des situations de travail, la garantie de ressources en milieu ordinaire, et donc le financement des EPSR. (...) Il n'y a pas de désengagement financier de la part de l'État, il n'y a pas désintérêt de l'État mais il y a désengagement dans la gestion du spécifique. Et cette mission est déléguée à l'AGEFIPH sans le dire et sans l'écrire dans la loi. C'est ça l'opacité »⁷⁵.

On retrouve la même estimation du côté de la DGFEP : « Je pense qu'entre l'État et l'AGEFIPH il y a plusieurs aspects qui interviennent :

1. Les contraintes financières de l'État, comparées à celles de l'AGEFIPH qui n'a pas beaucoup de contraintes financières, cela a pu jouer dans le passé dans le fait que l'État a passé à l'AGEFIPH l'intégralité du financement des EPSR alors qu'auparavant il y avait un partage dans les financements. Il faut reconnaître que la contrainte financière avait jouée.
2. Implicitement on a tendance à réaliser une sorte de partage des rôles, avec l'idée que l'AGEFIPH est un organisme spécifique donc il a plus vocation à s'occuper et à financer des structures spécifiques, l'État quant à lui s'occupant de faire rentrer les personnes handicapées dans les dispositifs de droit commun. Et de ce point de vue là l'apport financier de l'État est nettement plus important que celui de l'AGEFIPH : tout ce que met l'État par différents pour l'insertion des personnes handicapées c'est bien plus que les 2 milliards de l'AGEFIPH. Si on s'amuse à faire le chiffrage on arrive à 10 ou 15 milliards y compris tout le ciblage de politiques de l'emploi sans compter les dispositifs spécifiques financés par l'État (ateliers protégés...) l'effort de l'État est important. Petit à petit on constate que de plus en plus l'AGEFIPH est amenée à financer tous ces dispositifs spécifiques. Ce n'est pas écrit, ce n'est pas dit, ça se constate. »

En instaurant ce partage des rôles l'État peut alors renforcer le caractère « provisoire » de la dimension discrimination positive de la politique d'emploi des personnes handicapées tout en lui attribuant une place secondaire par rapport à la politique d'emploi de droit commun dont il garde la maîtrise. Par ailleurs, cela lui a permis de mettre plus facilement en synergie les acteurs spécialisés dans l'insertion des personnes handicapées qui par tradition se situent au niveau départemental. L'État pouvait dès lors développer une

⁷⁵ Entretien avec le directeur adjoint de l'AGEFIPH.

approche différente pour lutter contre le chômage de masse. Ainsi, la démarche de territorialisation de la politique de l'emploi mise en œuvre depuis 1999, s'inscrit dans une logique différente de la politique spécifique dédiée aux personnes handicapées. La première fait appel à une transformation des modes d'intervention publique qui implique le passage d'une culture administrative sectorisée à une démarche de projet centrée sur les acteurs concernés d'un territoire⁷⁶. On peut faire l'hypothèse que l'État concentre l'action de ses services sur le volet droit commun de la politique de l'emploi, volet qui « s'accompagne d'un engagement plus marqué de SPE sur des objectifs de résultats nationaux et régionaux partagés en matière de baisse du chômage de longue durée – jeunes et adultes – et d'amélioration de l'insertion des allocataires du RMI. »⁷⁷ La seconde (volet spécifique) permet de continuer à développer des actions innovante tout en maintenant cependant un modèle organisationnel daté (différenciation des lieux d'accueil) qui renforce la dimension stigmatisante du traitement du handicap.

10.7.3 Les partenaires ont-ils appris les uns des autres ?

Si les acteurs présents dans le PDITH – et en particulier les opérateurs de terrain – ont dû réviser à la baisse leurs attentes quant à leur participation active dans l'élaboration de la politique d'insertion des personnes handicapées, force est de constater que le PDITH est un dispositif qui a permis de stabiliser un partenariat. Au-delà des perturbations extérieures (injonctions européennes, du niveau national sur certains services déconcentrés, etc.) qui entraînent des déséquilibres au sein du système d'acteurs, on peut relever les fruits d'un apprentissage collectif sur la durée. Ainsi, le PDITH est lieu qui permet les apprentissages, mais ceux-ci sont de nature différente selon la place occupée dans le système.

Cet apprentissage concerne à la fois la connaissance des compétences et des marges d'action des différents partenaires (on a vu le caractère récurrent d'une telle activité : rappeler qui l'on est, quel est son public, ce que l'on est en droit de faire, etc.) ; à suivre « en temps réel » les transformations qui affectent l'un ou plusieurs membre (redéfinition des missions par exemple). En lien avec ces apprentissages, on peut constater une évolution des pratiques professionnelles qui touche en particulier la construction des parcours d'insertion à partir d'une la connaissance partagée des différents dispositifs. Cette évolution des pratiques ne modifie pas pour autant le sentiment d'appartenir à une organisation ayant ses propres règles et façons de procéder. Il faut noter que la nature de ces apprentissages varie selon la position occupée dans le PDITH. Ainsi, certains partenaires, comme la

⁷⁶ T. Berthet *et alii*, 2002, *op. cit.*, p. 7.

⁷⁷ *Ibid.*, T. Berthet *et alii*, 2002, p. 6.

DDTEFP ou bien l'AGEFIPH, ont acquis des connaissances sur le fonctionnement d'ensemble de la politique d'insertion des personnes handicapées que n'ont pas acquis les opérateurs de terrain ou certains membres du comité de pilotage. Cependant, on peut accrédi- ter le fait, malgré les difficultés à maintenir un équilibre stable du partenariat et l'apparition de conflits d'intérêts, un changement dans les pratiques professionnelles : cha- que personne rencontrée reconnaît l'intérêt de rechercher la synergie des différentes res- sources locales pour favoriser l'insertion des personnes handicapées.

11 CONCLUSION

La proximité de la loi du 30 juin 1975 avec le déclenchement de la crise de l'emploi s'est traduite par l'aggravation du chômage des personnes handicapées déjà victimes de chômage résiduel¹ en période de croissance économique. Au cours des années 1980, le transfert du modèle d'insertion mis en place pour les personnes handicapées aux chômeurs de longue durée a transformé ce dispositif particulier comme un des dispositifs d'insertion parmi d'autres, mis en place par les pouvoirs publics pour tenter d'endiguer le chômage de longue durée. Ce qui relevait d'un modèle d'exception c'est banalisé jusqu'à devenir l'un des segments de la lutte contre le chômage. C'est ainsi que de nombreux travailleurs handicapés pour lesquels une insertion en milieu ordinaire est prononcée viennent grossir les rangs des chômeurs de longue durée et testent la version droit commun du modèle de la transition professionnelle. Conçu en période de plein emploi, le modèle d'insertion des personnes handicapées peut être transposé en période de crise car il offre une diversification des formes d'emploi et une gestion souple du cycle d'activité des individus. La proximité des trajectoires que l'on peut mettre en évidence entre certains travailleurs handicapés et chômeurs de longue durée, illustre la faiblesse de la frontière entre handicap « médical » et handicap « social ». Les uns comme les autres sont devenus les publics prioritaires de la gestion sociale des situations d'exclusion de l'emploi.

Cependant, bien que relevant des mesures d'emploi à destination de l'ensemble des chômeurs, le traitement du retour à l'emploi des travailleurs handicapés relève d'une politique d'emploi spécifique. Si dans un premier temps l'action des pouvoirs publics s'est concentrée prioritairement sur l'accès à l'emploi des chômeurs valides, la dégradation de l'emploi des personnes handicapées les a conduit à réformer la loi du 30 novembre 1957 et à durcir la logique de quota avec la loi du 10 juillet 1987. La philosophie générale de la loi consiste, pour l'entreprise, à passer d'une obligation de procédure (déclaration) à une obligation de résultat. La volonté des pouvoirs publics est de créer une dynamique en faveur de l'accès à l'emploi des travailleurs handicapés en prenant en compte les contraintes économiques des employeurs et en les associant pleinement à la politique d'insertion de ce public. Outre son caractère contraignant auprès de entreprises, la mise en œuvre de cette loi

¹ Le chômage résiduel s'oppose au chômage frictionnel (qui résulte des délais minimaux en cas de changement d'emploi). Il subsiste même en période de fortes embauches et concerne des personnes qui ne veulent (refus d'emploi) ou ne peuvent (maladie, inadaptation) accepter les emplois qu'ils demandent.

s'est accompagnée, avec la création de l'AGEFIPH, de la transformation du paysage organisationnel associé au traitement de l'insertion des personnes handicapées ainsi que d'un mouvement de transfert de compétences de l'État vers cette association. En renforçant, le volet politique de l'emploi spécifique, l'État français a confirmé – dans un contexte supranational prônant le principe de non discrimination – son attachement à la recherche d'égalisation des chances par la mise en œuvre d'une politique de discrimination positive à destination des demandeurs d'emploi handicapés. Si l'action de l'AGEFIPH a contribué à rendre plus lisible la politique de l'emploi à destination des personnes handicapées et à générer de nouvelles initiatives pour favoriser l'emploi ou le maintien dans l'emploi des personnes handicapées force est de constater que plus de dix ans après sa mise en œuvre, le bilan de la mise en œuvre de la loi du 10 juillet 1987 montre les limites de cette politique de discrimination positive : le quota de 6 % n'a jamais été atteint et stagne autour de 4 %. L'un des éléments d'explication tient aux représentations négatives associées aux travailleurs handicapés et au fait que les entreprises n'ont pas modifiées leurs habitudes de recrutement. L'autre élément tient à la concurrence entre chômeurs et à la faible qualification des travailleurs handicapés.

En renforçant la politique d'emploi spécifique à destination des personnes handicapées, s'est posée de façon aigüe son articulation avec la politique de droit commun. Dès lors, la recherche de complémentarité avec les mesures de droit commun a constitué l'un des enjeux de la politique d'emploi des personnes handicapées. Cet enjeu est d'autant plus fort qu'il conditionne la résolution d'un certain nombre de problèmes spécifiques à ce public : en particulier la faiblesse de l'offre de formation qualifiante des centres de formation spécialisés et la garantie de l'accès aux droits fondamentaux via la non discrimination de traitement. La présence de deux voies possibles pour gérer le parcours d'insertion des travailleurs handicapés n'est pas sans générer un certain nombre de problèmes. Parmi les plus importants, on peut souligner le traitement de l'orientation par un organisme central spécialisé qui n'a pas su intégrer dans sa procédure les différents dispositifs offerts par le droit commun. Les pratiques d'orientation de la majorité des COTOREP restent empruntent d'une forme de routine marquée par une tendance lourde à utiliser les dispositifs spécifiquement réservés aux personnes handicapées. À l'heure où les Maisons départementales des Personnes Handicapées se mettent en place, il est trop tôt pour savoir si les commissions des droits et de l'autonomie qui sont amenées à remplacer les CDES et COTOREP auront une approche différente de l'orientation des personnes handicapées.

La création des PDITH – en mobilisant au plus près du terrain, les structures existantes et l'ensemble des partenaires concernés par l'insertion des travailleurs handicapés (associations, entreprises, partenaires sociaux, professionnels, administrations) – a donné une nouvelle impulsion à la politique d'insertion des personnes handicapées. L'exemple du PDITH de la Gironde a permis de mettre en évidence les effets provoqués par le flou pro-

cédural qui a présidé à leur instauration : panachage des niveaux d'interventions et désenchantement des acteurs de terrain quant à leur capacité réelle à peser sur les décisions. L'interférence du niveau national dans l'organisation des jeux d'acteurs au niveau local (réorganisation de la chaîne d'insertion) a définitivement ruiné la vision d'un PDITH dans lequel les acteurs locaux avaient un réel pouvoir de décision sur les orientations de la politique à mener. Si la circulaire de 1999 a clarifié l'organisation des PDITH, en indiquant notamment l'articulation à chaque niveau territorial des orientations et décisions des politiques publiques, elle n'a pas résolu le déséquilibre existant entre l'AGEFIPH et les services déconcentrés de l'État quant à leur poids dans les décisions. Si l'État est présent dans le volet spécifique de la politique de l'emploi à travers l'action de ses services déconcentrés, force est de constater que ces derniers sont dans une position de relative faiblesse malgré la circulaire du 26 août 1999 (*cf. supra* 5.3.4) qui a redonné un pouvoir de décision aux DDTEFP dans les comités de pilotage des PDITH sans pour autant leur attribuer de nouveaux financements. Ce qui peut sembler de prime abord comme un forme de désengagement de l'État dans la politique d'emploi à destination des personnes handicapées masque en fait un partage des rôles entre l'AGEFIPH et l'État. En dissociant le volet spécifique de ses compétences l'État a ainsi renforcé son contrôle sur une plus grande masse de chômeurs, laissant à l'AGEFIPH le soin de s'occuper plus spécifiquement des personnes handicapées.

Si l'existence d'un dispositif spécifique a permis de développer un certain nombre d'innovations qui sont venues enrichir les parcours d'insertion des travailleurs handicapés, il n'en demeure pas moins que l'objectif visant à utiliser prioritairement les dispositifs de droit commun ne sont pas atteints. Si l'on constate que de nombreux travailleurs handicapés bénéficient d'aides de retour à l'emploi des dispositifs de droit commun, c'est parce qu'ils sont activés par les opérateurs de terrain du PDITH. Au final, les travailleurs handicapés restent stigmatisés par tout le dispositif spécifique qui leur est dédié, même si ce dernier vise à améliorer leur insertion en milieu ordinaire. Les travailleurs handicapés sont les héritiers d'un traitement original de leur retour à l'emploi qui maintient l'existence de deux sphères distinctes pour la gestion de leur insertion : malgré les différentes réformes qu'elle a connu, la politique d'emploi à destination des personnes handicapées reste dominée par un modèle schizophrénique² qui témoigne de la difficulté à introduire de façon radicale un changement d'attitude dans le traitement de ce public. Public qui, depuis de nombreuses années maintenant, partage dans une large mesure une communauté de destin avec de nombreux demandeurs d'emploi valides.

² Le terme schizophrénique est à prendre dans son sens étymologique : de séparer, diviser.

CONCLUSION GÉNÉRALE

CONCLUSION GENERALE

L'ambition de cette thèse était de proposer une lecture analytique de la politique d'emploi à destination des personnes handicapées en la considérant comme une politique ordinaire, c'est à dire comme partie prenante des évolutions qui ont infléchi les logiques d'intervention sous tendant l'action des pouvoirs publics en matière d'emploi. À l'origine du choix de cette posture, il y a le désir pressant de ne pas reproduire, dans un travail de nature scientifique, la logique dominante qui vise à séparer des « normaux » les personnes handicapées. L'idée que forcer l'ouverture du champ (au sens cinématographique), élargir l'angle d'observation pour proposer une lecture globale de la politique d'emploi des personnes handicapées, est déjà un acte d'intégration. Force est de constater que cet exercice s'est révélé difficile et pour conclure, seuls quelques points sont repris dans cette conclusion et quelques questions qui n'ont pas manqué de s'imposer une fois cette thèse rédigée.

➤ *Etre handicapé, une question de point de vue*

Dans la première partie on a pu voir les conditions dans lesquelles s'est constitué le secteur du handicap et les enjeux qui se sont noués autour de la définition de la notion de handicap. L'empilement de lois, la difficulté à penser de façon globale « la » problématique du handicap, l'investissement du secteur privé pour apporter des réponses aux besoins des personnes handicapées (enfants et adultes) sont autant d'indicateurs qui mettent en évidence la marginalité qu'a occupé la question du handicap pour la société. On ne reviendra pas ici sur les apories des lois de 1975 qui tout en prônant l'intégration en milieu ordinaire aménageaient le milieu spécialisé. On ne reviendra pas non plus sur les débats qui ont conduit à la transformation des représentations du processus handicapant. Par contre il est possible de livrer quelques remarques sur la réception et les premiers effets de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi succède, à la loi d'orientation du 30 juin 1975 dont l'objectif – visant à faire de la personne handicapée un citoyen à égalité de droit avec les autres – n'avait pas atteint

son but. Entre ces deux lois, la définition du handicap s'est modifiée : le problème du handicap ne se situe plus seulement au niveau de la personne (modèle biomédical) mais dans le cadre de vie que lui offre la société¹ (modèle socio-environnemental). En d'autres termes, il faut s'habituer à dissocier, dans notre façon de considérer la problématique du handicap, le porteur de handicap, du handicap lui-même, résultat de l'inadaptation d'une société à accueillir ceux qui dévient de la norme des valides.

Si l'on adhère à l'idée selon laquelle les représentations sociales se construisent dès l'enfance, on comprend mieux que ceux que nous appellerons les « normaux » n'ayant pas la possibilité d'être socialisés à la différence dès leur plus jeune âge véhiculent à l'âge adulte, un ensemble de préjugés à l'encontre des personnes handicapées. A cet égard, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées constitue une tentative d'accompagnement du changement social plus volontaire en positionnant la personne handicapée au cœur de la société. Ce n'est plus uniquement à la personne handicapée de s'adapter, mais à la société d'être en mesure de l'accueillir en son sein. Si cette loi est réellement appliquée, on peut faire l'hypothèse que les futures générations grandiront en ayant la possibilité d'intégrer la différence dès leur plus jeune âge et, devraient être plus à même de partager leur environnement avec les personnes handicapées. On peut cependant d'ores et déjà faire l'hypothèse que son application va générer de fortes tensions, particulièrement dans le secteur éducatif. Cette hypothèse repose sur l'observation des réactions d'étudiants de troisièmes cycles universitaires et de professionnels en formation continue du secteur social². À chaque évocation de cette loi et des implications qui en découlent pour les « normaux », la scolarisation en milieu ordinaire des enfants porteur de handicap est discutée, remise en question, bref... appréhendée comme la pire des situations tant pour les enfants valides (risques de retard dans le programme) que pour les enfants porteurs de handicap (risque de rejet, de ne pas pouvoir suivre). Les exemples fusent pour démontrer qu'il est tout à fait déconseillé de mixer des publics aussi différents.

Le second exemple abondant dans ce sens vient du secteur social. Ce qui ressort des expérimentations en cours c'est la résistance au changement de la part des professionnels travaillant en instituts spécialisés, des parents d'enfants handicapés et des professionnels du milieu ordinaire. Pour les professionnels du milieu spécialisé c'est toute l'orientation de

¹ « Art. 2 - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant », Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

² Dans le cadre de mon activité professionnelle, je suis amenée à faire un cours sur les politiques du handicap auprès de publics en formation initiale et continue.

leur pratique qui est remise en question : ils ont développé des savoir-faire adaptés à « leur » public et se sentent menacés lorsqu'il s'agit – par exemple pour permettre à un enfant de pouvoir aller le mercredi après-midi dans le centre de loisir situé près de chez lui – de transférer une partie de ce savoir-faire à des professionnels n'ayant aucune expérience de la prise en charge des personnes handicapées. Cette résistance prend une autre forme chez les parents d'enfant handicapé, elle s'enracine dans la crainte que le milieu ordinaire soit trop violent et le manque de professionnalisme d'adultes n'ayant pas l'habitude de s'occuper d'enfants porteurs de handicap. Enfin, on trouve aussi une résistance du côté des professionnels habitués à gérer des « normaux » et pour lesquels l'accueil d'une personne handicapée représente un surcoût pédagogique, des angoisses quant à la façon de s'y prendre et aux difficultés d'intégration qu'elle ne manquera pas de connaître. Autant dire que la mise en œuvre de la loi ne va pas se faire sans tensions... tensions qui, on peut aussi en faire l'hypothèse, devraient s'atténuer avec l'accumulation d'expériences de mixité des publics. Ce qu'il est impossible de prévoir, c'est le nombre de générations qu'il faudra pour que la socialisation à la différence se réalise.

➤ *Les travailleurs handicapés sont-ils devenus des travailleurs comme les autres ?*

Le travail et l'emploi représentent actuellement l'un des domaines au sein desquels les traitements distincts peuvent être considérés comme arbitraires et par conséquent constituer une discrimination vis-à-vis des personnes handicapées. Comme on l'a vu, cette discrimination est directement liée aux besoins du marché du travail : l'inoccupation de la main-d'œuvre handicapée peut, lors des phases de croissance ou de pénurie de main-d'œuvre, être perçue comme un « manque à gagner » pour l'économie. Cependant, la logique qui a présidé à l'organisation de l'accès à l'emploi des personnes handicapées repose sur le constat selon lequel une partie des personnes handicapées pouvant exercer une activité professionnelle ne possède pas les capacités productives suffisantes au regard des critères minimums attendus dans la sphère économique. Par ailleurs, elle s'appuie sur un modèle théorique de la transition (professionnelle) à partir duquel le secteur protégé est conçu comme un sas dans lequel les personnes handicapées qui y sont orientées, sont censées bénéficier d'une forme de réadaptation et de réentraînement au travail³ afin de pouvoir, in fine, rejoindre le peloton des travailleurs en milieu ordinaire de production. C. Guitton a démontré dans ses travaux le transfert implicite, au cours des années 1980, de ce modèle pour la gestion de l'accès à l'emploi des chômeurs de longue durée. Transposée

³ La réadaptation professionnelle a été utilisée à grande échelle lors de la Première Guerre mondiale. Il s'agissait alors de permettre le retour au travail des mutilés de guerre pour en faire une main-d'œuvre utile en période de pénurie de travailleurs valides. Cette action, adossée à l'essor de la médecine de réadaptation et de la rééducation fonctionnelle et professionnelle, devait permettre aux blessés de guerres et mutilés de contribuer à l'effort de production en temps de guerre (cf. Partie 1, chapitre 3).

dans le cadre des dispositifs d'insertion, cette logique consiste à réadapter les chômeurs aux nouvelles exigences du marché du travail. À compter de cette période, le modèle théorique de la transition professionnelle élaboré pour l'insertion des personnes handicapées devient une « quasi norme⁴ » adoptée par les pouvoirs publics pour gérer l'accès à l'emploi des exclus du marché du travail. Les travailleurs handicapés, tout en restant un public en crise d'emploi, ont été rejoint par un nombre important de demandeurs d'emploi valides.

À l'heure où la loi du 11 février 2005 réaffirme de manière plus claire le principe de non-discrimination en raison du handicap dans le cadre professionnel on peut se demander pourquoi l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail des personnes handicapées reste marquée par la différenciation des régimes et des dispositifs qui y sont associés. Cet apparent paradoxe peut s'expliquer en partie par un héritage historique : comme on l'a vu, en France l'approche par les quotas est ancienne. Avec la loi du 10 juillet 1987 le principe de l'obligation d'emploi a été rénové en obligation légale avec sanctions financières allant dans un fonds utilisé pour soutenir l'emploi des personnes handicapées, relayé pour sa mise en œuvre par un dispositif partenarial au niveau local. De fait, l'accès à l'emploi des travailleurs handicapés reste marqué par la domination des organismes de placement qui leur sont spécifiquement dédiés. Parce qu'ils développent une prospection auprès des milieux économique entièrement tournée vers la recherche de postes de travail pour leur public, parce qu'ils sont en mesure de mobiliser l'ensemble des aides financières en lien avec l'insertion de ces demandeurs d'emploi et enfin parce qu'ils sont susceptibles d'assurer un suivi et d'apporter des réponses à certains problèmes que peut poser le handicap en entreprise, les organismes d'insertion directement rattachés à la gestion des personnes handicapées restent les relais incontournables.

Si l'action du dispositif spécifiquement dédié aux personnes handicapées s'est traduit par une amélioration des parcours d'insertion de ces derniers, en forçant quelquefois leur accès aux dispositifs de droit commun, on peut se demander quelle est encore sa pertinence lorsque l'on sait qu'aujourd'hui être âgé de plus de 50 ans constitue le handicap le plus lourd pour accéder à un emploi. En d'autres termes, n'est-il pas temps, à l'instar de nos homologues italiens, de ramener dans le giron du SPE – qui gère depuis maintenant vingt ans des publics en grande difficulté au regard du marché du travail – les travailleurs handicapés ? Il ne s'agit pas de militer pour la suppression du quota, ni la dissolution d'un régime spécifique.

⁴ On peut parler de quasi norme dans la mesure où les débats sur l'avenir du travail mettent en évidence la déliquescence du modèle idéal-typique de l'emploi à temps plein et à durée indéterminé et la nécessité d'aménager un modèle d'emploi qui corresponde aux incertitudes du marché du travail.

Mais il est peut-être temps de considérer les travailleurs handicapés pour ce qu'ils sont, des demandeurs d'emploi qui, comme la plupart des actifs, sont amenés à se former tout au long de leur cycle de vie pour rester concurrentiels sur le marché du travail. Il serait alors possible de consacrer le dispositif spécifique actuel à d'autres personnes handicapées, celles pour lesquelles la transition du milieu protégé vers le milieu ordinaire n'est toujours pas une réalité.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et chapitres d'ouvrages

ARCHAMBAULT E., *Le secteur sans but lucratif*, Paris, Economica, 1996.

ARDOINO J., *Les avatars de l'éducation*, PUF, Éducation et formation – pédagogie théorique et critique, Paris, 2000.

ASSELAIN J.-C., *Histoire économique de la France du XVIIIe siècle à nos jours*, Seuil, Points Histoire, Tome 2 (de 1919 à la fin des années 1970), 1984.

BLANC A., *Les handicapés au travail. Analyse sociologique d'un dispositif d'insertion professionnelle*, Paris, Dunod, 1999 (1^{ère} éd. 1993).

BELORGEY J.-M., « Le travail parlementaire et la mise à l'agenda », in *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, Paris, Desclée de Brouwer, Handicaps, 1998, p. 273-284.

BELORGEY J.-M., « Lever les malentendus », in R. Castel et J.F. Laé (dir.), *Le revenu minimum d'insertion une dette sociale*, Paris, L'Harmattan, 1991, p. 32-33.

BERTHET T., CUNTIGH P., « Les paradoxes d'un intérêt général local en matière d'emploi », in T. Berthet dir., *Des emplois près de chez vous ?* Pessac, PUB, 2005, p. 87-130.

BORGETTO M., LAFORE R., *Droit de l'aide sociale et de l'action sociale*, Paris, Montchrestien, 1996.

CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995.

CASTEL R., « Les marginaux dans l'histoire », in *l'exclusion l'état des savoirs*, dir. S. Paugam, 1996, p. 32-41.

CASTEL R., LAE J.-F., dir. « La diagonale du pauvre », in *Le revenu minimum d'insertion – une dette sociale*, L'Harmattan, Logiques sociale, Paris, 1991, p. 16.

CATTACIN S., GIANNI M., MÄNZ M., TATTINI V., *Retour au travail ! Le workfare comme instrument de réforme*, Fribourg, Ed. Universitaires de Fribourg, coll. Res Socialis, vol. 18, 2002.

CHARLOT B., *L'école et le territoire, nouveaux espaces, nouveaux enjeux*, Paris, Armand Colin, Bibliothèque européenne et sciences de l'éducation, 1994.

CROS-COURTIAL M.-L., *Travail et handicap, en droit français*, Ed. C.T.N.E.R.H.I, (tomes 1 et 2), 1989.

CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, coll. Points politique, 1977.

CROZIER M., *État modeste, État moderne*, Paris, Seuil, coll. Points – essais, 1991.

DELCEY M., « Notion de situation de handicap (moteur). Les classifications internationales des handicaps », in *Déficiences motrices et situations de handicaps*, éd. APF, 2002, p. 1-17.

DIDEROT D., *Lettre sur les aveugles à ceux qui voient*, Paris, Ed. Corps 16, Les classiques, 1994 (1^{ère} éd. 1749).

DONZELOT J., *L'invention du social*, Paris, Seuil, Points essais, 1994 (1^{ère} éd. 1984).

DORTIER J.-F., RUANO-BORBALAN J.-C., « les théories de l'organisation, un continent éclaté ? », in *Les organisations, État des savoirs*, Auxerre, Ed. Sciences humaines, 1999, p. 25-29.

DUPEYROUX J.-J., *et alii, Droit de la sécurité sociale*, Paris, Précis Dalloz, 2001, 14^{ème} éd.

DURAN P., « *Penser l'action publique* », Paris, L.G.D.J., Série politique, n° 27, 1999.

DURKHEIM E., *De la division du travail social*, (1^{ère} éd. 1893)
<http://gallica.bnf.fr/scripts/ConsultationTout.exe?O=88267&T=2>

DURKHEIM E., « Représentations individuelles et représentations collectives », in *Sociologie et Philosophie*, Paris, PUF, 1967, p. 13-50.

EBERSOLD S., *L'invention du handicap : la normalisation de l'infirmes*. Paris, C.T.N.E.R.H.I diffusion, PUF, 1992.

EWALD F. « Solidarité et insertion », in B. Kouchner (dir.), *Les nouvelles solidarités*, Paris, PUF, 1989, p. 5-16.

FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Tell Gallimard, 1972.

- FRIEDBERG E., *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, Paris, Seuil, 1993.
- GAYRAUD L., « Aux frontières du droit commun : la formation professionnelle des personnes handicapées », in *Régions et formation*, s/dir. de T. Berthet, Paris, LGDJ, 1999, p.155-182.
- GAZIER B., « Ce que sont les marchés transitionnels », in J.-C. Barbier et J. Gautié (éds.), *Les politiques de l'emploi en Europe et aux Etats-Unis*, PUF, 1998, p. 339-355.
- GINSBOURGER F., MERLE V., « La formation des bas niveaux de qualification : analyse socio-économique d'une catégorie », in Pailhous J., Vergnaud G. (dir.), *Adultes en reconversion, faible qualification, insuffisance de la formation ou difficultés d'apprentissage ?*, Paris, La Documentation française, 1989.
- GOFFMAN E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les éditions de minuit, 1975 (1^{ère} éd. 1963).
- GUENO J-P et LAMPLUME Y. dir., *Paroles de Poilus – Lettres et carnets du front 1914 –1918*, Pössneck, Librio, 1998.
- GUITTON C., *Droit, action publique et travail. Etude juridique des politiques d'insertion par le travail*, Thèse pour le doctorat en Droit, Université de Paris X., 1996.
- GUITTON C., « La résistible ascension du territoire en matière de politique d'emploi : retour sur trente ans de relations entre politiques d'emploi, territoire et territorialisation », in T. Berthet dir., *Un emploi près de chez vous ?* Pessac, PUB, 2005, p. 51-86.
- HAMONET C., *Les personnes handicapées*, Paris, PUF, 2000 (1^{ère} éd. 1990).
- HENRIOT VAN ZANTEN A., *L'école et l'espace local. Les enjeux des zones d'éducation prioritaires*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1990.
- ION J., *Le travail social à l'épreuve du territoire*, Paris, Dunod, 2000.
- JEANNEL A., « Entre Sciences de l'éducation et du politique : les enseignements théoriques et pratiques locales de formation », in *Régions et formation*, s/dir. de T. Berthet, Paris, LGDJ, 1999, p. 183-202.
- JOBERT B., *Le social en plan*, Paris : Economie et Humanisme, Les éditions ouvrières, collection Politiques sociales, 1981.
- JOBERT B., « Les politiques sanitaires et sociales », in GRAWITZ M., *Traité de science politique*, Paris, PUF, tome 4. 1985, p. 301-342.
- JOBERT B. et MULLER P., *L'Etat en action, politiques publiques et corporatismes*, Paris, PUF, 1987.

- JODELET C., *Les représentations sociales*, Paris, PUF, coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1991.
- JOIN-LAMBERT M.-T. *et alii*, *Politiques sociales*, Paris, Presses de la fondation nationale des sciences politiques & Dalloz, 1994.
- KRISTEVA J., *Lettre au président de la République sur les citoyens en situation de handicap, à l'usage de ceux qui le sont et de ceux qui ne le sont pas*, Paris, Fayard, 2003.
- LAFORE R., « La pauvreté saisie par le droit », in R. Castel et J.F. Laé (dir.), *Le RMI : une dette sociale*, L'Harmattan, collection Logiques sociales, 1991, p. 80.
- LENOIR R., *Les exclus – Un Français sur dix*, Paris, Seuil, 1976 (1^{ère} éd. 1974).
- MABILEAU A., *Le système local en France*, Paris, Montchrestien, Clés politiques, 1994 (2^e éd).
- MARIE H., « Les handicapés », in *La protection sociale en France*, Paris, La Documentation française, 1995.
- MEHAUT P. *et alii*, *La transition professionnelle : les jeunes de 16 à 18 ans*, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 1993.
- MENY Y., THOENING J.-C., *Politiques publiques*, Paris, PUF, Thémis science politique, 1989.
- MONTRICHER N. de, « La coopération au miroir des représentations », In *Les régions et la formation professionnelle*, s/dir. De T. Berthet, Paris, LGDJ, 1999, p.83-106.
- MONTES J.-F., *Travail – Infirme, des aveugles travailleurs aux travailleurs handicapés, genèse de la remise au travail des infirmes*, Diplôme d'études supérieures en économie sociale, Paris, Université de Paris I Panthéon Sorbonne, 1989.
- MULLER P., *Les politiques publiques*, Paris, PUF, Que sais-je ?, 1994 – (1^{ère} éd. 1990).
- MULLER P., « Les politiques publiques comme rapport au monde », in A. Faure *et alii.*, *La construction du sens dans les politiques publiques Débats autour de la notion de référentiel*, Paris, L'Harmattan, Logiques politiques, 1995, p. 153-179.
- MULLER P., SUREL Y., *L'analyse des politiques publiques*, Paris, Montchrestien, Clefs politiques, 1998.
- MULLER P., « référentiel », *Dictionnaire des politiques publiques*, Mayenne, Presses de la fondation nationale de sciences politiques, 2004, p. 371.
- OURTIN J.-L., « Politiques sociales, politiques d'emploi et territoires », *Ville et emploi, le territoire au cœur des nouvelles formes de travail*, La Tour d'Aigues, éd. de l'Aube, 2000.
- PADIOLEAU J.G., *L'état au concret*, Paris, PUF, 1982.

- PADIOLEAU J.G., *L'ordre social – Principes d'analyse sociologique*, L'Harmattan, Logiques sociales, 1986, chap. 4.
- PAPADOPOULOS Y., *Complexité sociale et politiques publiques*, Paris, Montchrestien, 1995.
- PAUGAM S., « La constitution d'un paradigme », in *L'exclusion l'état des savoirs*, s/ dir. Paugam S, Paris, La Découverte, 1996, p. 7-19.
- RAVAUD J.-F., *et alii*, « Epidémiologie des handicaps moteurs et données sociales de base », *Déficiences motrices et situations de handicap*, éd. APF, 2002, p 22-37.
http://www.moteurline.apf.asso.fr/aspetsmedicaux/dmsh/introduction/epidemio_hpm_JFR_MD_PA_22-37.pdf
- REYNAUD J.-D., *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, 1997 (3^{ème} éd).
- ROSANVALLON P., *La crise de l'État providence*, Seuil, Points essais, 1992 (1^{ère} éd. 1981).
- ROSE J., in L. Tanguy dir., *L'introuvable relation formation emploi: un état des recherches en France*, Paris, La Documentation française, 1986.
- SACKS O., *Un anthropologue sur mars – sept histoires paradoxales*, Paris, Seuil, La couleur des idées, 1996.
- SALAIIS R., « Emploi, conventions et territoires », in E. Perrin, N. Rousier, *Ville et emploi, le territoire au cœur des nouvelles formes de travail*, La Tour d'Aigues, éditions de l'Aube, 2000.
- SEGUIN E., *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*, Paris, Comité d'histoire de la Sécurité sociale, 1997 (1^{ère} éd. 1846).
- STIKER H.-J., *Corps infirmes et société*, Paris, Dunod, 1997 (1^{ère} éd. 1982, Paris, Aubier).
- STIKER, H.-J., « Aspects socio-historiques du handicap moteur », in *Déficiences motrices et situations de handicap*, éd. APF, 2002
<http://www.apf-moteurline.org>
- STIKER H.-J., « Handicap et exclusion. La construction sociale du handicap », in S. Paugam. *L'exclusion l'état des savoirs*, Paris, La découverte/textes à l'appui, 1996, p. 331-320.
- SUPIOT A., « Entre marché et régulation : les nouvelles régulations sociales assurent-elles une sécurité tout au long de la vie ? », in *L'avenir du travail, de l'emploi et de la protection sociale : dynamique du changement et protection des travailleurs*, Genève, IIES, P. Auer et B. Gazier. éd., 2001, p. 167-173.

SUREL Y., « Les politiques publiques comme paradigme », in A. Faure *et alii*, *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel*, Paris, L'Harmattan, Logiques politiques, 1995, p. 125-151.

TAYLOR C., *Multiculturalisme, différence et démocratie*, Paris, Aubier, 1994.

TOUATI F.-O. *Archives de la lèpre*, Paris, éd. CTHS, 1996.

VELCHE D., « Une spécificité française, le milieu de travail protégé », in *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, Paris, Desclée de Brouwer, Handicaps, 1998, p. 211-246.

VILLEVAL C., *Politique sociale et emploi : le milieu protégé de travail des handicapés*, Nanterre, Université de Paris X, Thèse de doctorat de troisième cycle, UER de Sciences économiques, 1982.

WUHL S., *Insertion, les politiques en crise*, Paris, PUF, sociologie aujourd'hui, 1996.

Articles de périodiques

ABDOLLAHZADEH A., « L'assise socio-économique et politique de la problématique de l'insertion », *Actualités de la Formation Permanente*, n° 152, Paris, Centre-Inffo, janvier/février 1998.

AMAR M., AMIRA S. « Incapacités, reconnaissance administrative du handicap et accès à l'emploi : les apports de l'enquête HID », *Revue française des Affaires sociales*, Paris, La Documentation française, janvier-juin 2003.

ARDOINO J., « L'analyse multiréférentielle des situations sociales », *Psychologie clinique*, n° 3, Paris, Klincksieck, 1990.

BACHELOT B., « La promotion de l'emploi des personnes handicapées aux Etats-Unis », *Réadaptation*, n° 272, Paris, éd. Onisep, juillet-août 1980.

BARBIER J.-C., BRYGOO A., « Handicapés et emploi : une difficile comparaison des politiques en Europe », Centre d'Etude et de l'Emploi. *Quatre pages* n° 40. Juillet 2000. p. 2. <http://www.cee-recherche.fr/fr/quatrepages.htm>

BARBIER J.-C. Barbié, GAUTIE J., « Enjeux de l'analyse internationale des politiques publiques de l'emploi », Paris, *Le cahier 37* du Centre d'études de l'Emploi (Les politiques de l'emploi en Europe et aux États-Unis), PUF, 1998.

- BERTHET T., *et alii*, « 1982-2002 : la territorialisation progressive des politiques de l'emploi », *Premières informations, Premières synthèses*, Paris, Dares, 2002.
- BERTRAND B., HILLAU B., RICHARD A., « L'expertise en région : entre légitimité de la connaissance et utilité pour l'action », *Formation et Emploi*, n° 84, Marseille, Céreq, 2003, p. 11-25.
- CALVES G., « Les politiques de discrimination positive », *Problèmes économiques et sociaux*, n° 822, Paris, la Documentation française, 4 juin 1999.
- COLIN J.-F., « Le coût de la politique de l'emploi, rétrospective 1973-1978 », *Travail et Emploi*, n° 8, avril-juin 1981.
- COSTA-LASCOUX J., « De l'immigré au citoyen », Paris, La documentation française, *Notes et Etudes documentaires*, 1989, p. 8-12.
- CROS-COURTIAL M.-L., « Les obligations patronales à l'égard des handicapés après la loi du 10 juillet 1987 », *Droit social*, n° 7-8, juillet-août 1988, p.598-610.
- DAMON J., « Les politiques d'insertion », *Problèmes sociaux* (dossiers d'actualité mondiale), n° 807, Paris, La Documentation française, 14 août 1998.
- DANIEL C., « Les politiques d'emploi : une révolution silencieuse », *Droit social* n°1, 1998, p. 3-11.
- DAYAN J.-L., « Que faut-il attendre des politiques de l'emploi ? », *Revue de l'IREs*, n°18, Noisy-le-Grand, 1995.
- DURAN P., THOENIG J.-C., « L'État et la gestion publique territoriale », *Revue française de sociologie politique*, n°46/4, 1996, p. 580-624.
- FOUGEYROLLAS, P., « Changements sociaux et leurs impacts sur la conceptualisation du processus de handicap », *Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux*, n° 9 (2-3) : 7-13, 1998.
- FRENEY J. et FABRY J., « L'Hygiéniste hospitalier : émergence d'une fonction », *Hygiènes*, Volume IX, n° 6, INIST-CNRS, 2001, chap. 1.
- GAUTIE J., « Chômage des jeunes et relation formation-emploi », *La Lettre du Centre d'études de l'emploi*, n° 43, 1996.
http://www.cee-recherche.fr/fr/c_pub7.htm
- GAUTIE J., « Transitions et trajectoires sur le marché du travail », Noisy-Le-Grand, Centre d'Etudes de l'Emploi, *Quatre Pages* n° 59, 9/2003, 2003.
- GAZIER B., « L'employabilité : brève radiographie d'un concept en mutation », *Sociologie du travail*, n°4, 1990, p. 575-584.

GAZIER B., « le plein emploi est-il possible ? Les marchés du travail transitoire en tant que nouvelle stratégie pour l'emploi », *Travail et Emploi*, n° 65, 1995, p. 5- 17.

GAZIER B., « Assurance chômage, employabilité et marchés transitionnels du travail », Université de Paris 1, Matisse, CNRS UMR 8595.

<http://matisse.univ-paris1.fr/doc2/mse903.pdf>

GOILLOT C. et MORMICHE P., Enquête « Handicaps, incapacités, dépendance en institution en 1998 », *Insee Résultats*, col. Démographie-Société, n° 83-84, 2001. ;

<http://www.moteurline.apf.asso.fr/epidemiostatsevaluation/epistats.htm>.

GOILLOT C. et MORMICHE P., Enquête « Handicaps, incapacités, dépendance auprès des personnes vivant à domicile en 1999 », *Insee Résultats*, coll. Société, n° 6, 2002.

<http://www.moteurline.apf.asso.fr/epidemiostatsevaluation/epistats.htm>.

GRANDUT C. du, L'action du ministère du Travail et de la participation pour l'emploi des adultes handicapés », *Travail et Emploi*, n° 8, avril-juin 1981, p. 7 – 10.

GUITTON C., « Travail et ordre social : une étude historique et juridique des politiques d'insertion par le travail ? », *Travail et Emploi*, 4^e trimestre, n° 77, 1998, p. 15-39.

HAMONET C., MAGALHAES T., « La notion de santé », *La presse médicale*, n° 12, 2001, p. 587-590.

HAMONET C., *et alii* « La subjectivité : la dimension cachée du handicap et de la réadaptation », *ERGOthérapies*, n° 4, décembre 2001.

HASSENTEUFEL P., « La territorialisation comme réponse à la crise de 'l'État Providence' ? », *Politiques et management public*, vol. 16, n° 3, septembre 1998, p. 1-12.

LAFORE R., « À propos de la convention du 1^{er} janvier 2001 : où en est le paritarisme ? », in *Droit Social*, numéro spécial d'avril 2001 sur « La nouvelle assurance-chômage », p. 347-350.

LASCOUMES P., « Normes juridiques et mise en œuvre des politiques publiques », *L'année sociologique*, Paris, PUF, Troisième série, Volume 40/1990.

LECHAUX P., « Les personnes handicapées sur le marché du travail, une analyse d'une politique catégorielle de l'emploi », Marseille, diff. La documentation française, coll. *Formation Emploi*, n° 41, 1993, p. 3-20.

MAILLARD J. de, « Les associations dans l'action publique locale : participation fonctionnalisée ou ouverture démocratique ? », *Lien social et Politiques*, RIAC, 48, (*La démocratisation du social*), 2002, p. 215-232.

MONTES J.-F., « Une histoire de 'l'emploi obligatoire' des invalides ou la querelle d'un quota », *Revue française des Affaires sociales* n°3, 1992-1, p. 77-92.

MONTES J.-F., « La formation professionnelle des adultes invalides après la Première Guerre mondiale », Marseille, diff. La documentation française, coll. *Formation Emploi* n° 37, 1992-2, p. 14-21.

MONTES J.-F., « Le dossier de l'office national des anciens combattants », *Réadaptation*, n° 406, janvier 1994, p. 5-11.

MORMICHE P., « Le handicap se conjugue au pluriel », *Insee-Première*, n° 742, août 2000.
<http://www.insee.fr>.

MORMICHE P., « L'enquête HID de l'Insee : Objectifs et schéma organisationnel », 1999.
<http://www.insee.fr>.

MORMICHE P., « L'enquête Handicap, Incapacités, Dépendance : apports et limites », Paris, *Revue française des affaires sociales*, n°1-2, 2003.

MORMICHE P., « Inégalités sociales et handicaps », *Handicaps-Incapacités-Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES, Série études n° 16, 2001, p. 189 – 201.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/serieetud16.htm>

MOYSE D., « Interroger les définitions de notre humanité pour respecter les 'personnes handicapées' », *Réadaptation*, janvier 1994-2, n° 406, 1994, p. 20-23.

MULLER P., « Vers une sociologie de l'action publique », *Revue française de sciences politique*, Paris, Presses de Sciences Po, Vol. 50, n° 2, 2000, p. 189-207.

PETER J.-P., « Le grand rêve de l'ordre médical, en 1770 et aujourd'hui », *Autrement*, n°4, 1975-1976, p. 184-189.

RAMARE A., « L'emploi des travailleurs handicapés dans les établissements assujettis à l'obligation d'emploi », *Première synthèse*, n° 47.1 98-11, Dares, 1998.

RAVAUD J.-F., « Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet », in *Handicap, Revue des sciences humaines et sociales*, n° 81, 1999.

RAVAUD J.-F., « Les enjeux de la CIH », *Actes de la journée d'études du CNTNERHI du 22 octobre 1988*, n° 81, 1999.

REYNAUD J.-D., « Conflit et régulation sociale, esquisse d'une théorie de la régulation conjointe », *Revue française de sociologie*, avril-juin 1979, p. 367-376.

SALAI R., « Le chômage, un phénomène de file d'attente », *Economie et Statistique*, n°123, 07/1982.

SCHMID G., « Le plein-emploi est-il encore possible ? Les marchés du travail 'transitoires' en tant que nouvelle stratégie dans les politiques d'emploi », *Travail et Emploi*, n°65, décembre, 1995.

SIMONIN B., « L'usage des emplois aidés par les employeurs du secteur non marchand : logiques sociales, logiques de gestion », DARES, *Premières informations et Premières synthèses*, n° 06.2, février 2003.
http://www.travail.gouv.fr/etudes/etudes_h.html

VELCHE D., « Handicap et insertion professionnelle », *Vie sociale*, n° 5-6, 1991, p. 37-50.

VILLE I. *et alii*, « Les désignations du handicap : des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative », Paris, *Revue française des affaires sociales*, n°1-2, 2003.

VILLEVAL C., « Le milieu protégé : un pôle croissant d'emploi des handicapés », *Travail et Emploi*, mars 1984, p. 47-60.

VILLEVAL C., « L'État et l'emploi des handicapés : formation et transformation d'une politique », *Droit social*, n°4, avril 1984.

VINCENS J., « L'insertion professionnelle des jeunes. A la recherche d'une définition conventionnelle », Marseille, diff. La documentation française, *Formation Emploi* n° 60, 1997, p. 21-36.

Etudes et rapports

AGEFIPH, *Emploi et handicap. Déjà 10 ans... Construisons demain*, pub. de l'AGEFIPH, diff. L'Harmattan, 1997.

AGEFIPH, « La garantie de ressource des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail », *Synthèse et Pratiques*, n° 2, 2000.
<http://www.agefiph.asso.fr>

AGEFIPH, *Atlas national 2005. L'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées*, Bagnaux, 2005.
<http://www.agefiph.asso.fr>

AMADIEU J.-F., « Discriminations à l'embauche : de l'envoi de CV à l'entretien », Observatoire des discriminations, 2005.
<http://cergors.univ-paris1.fr/observatoiredesdiscriminationsfd.htm>

AMAR M *et alii*, « Quel accès à l'emploi en milieu ordinaire pour les travailleurs handicapés ? », *Handicaps-Incapacités-Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES, Série études n°16, 2001, p. 7-16.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/serieetud16.htm>

AMIRA S., MERON M., « L'activité professionnelle des personnes handicapées », Insee, *France portrait social 2004-2005*, p. 173-193.

ALMARY D. *et alii*, « Rapport de l'instance d'évaluation de la politique de l'emploi et recours à des opérateurs externes », Commissariat Général du Plan, 2004.

<http://www.ladocfrancaise.gouv.fr/brp/notices/044000261.shtml>

BERTHET T., CUNTIGH P., GUITTON C. (dirs.), *Politiques d'emploi et territoires*, rapport d'étude pour le compte de la DARES, 2001.

BLANC C., *Pour un État stratège, garant de l'intérêt général*, Rapport de la Commission du Plan, La documentation française, 1993.

BLANC P., *La politique de compensation du handicap*, Rapport d'information n°369, Sénat, 2002.

http://www.senat.fr/rap/r01-369/r01-369_mono.html

BLANC P., « Solidarité, » Avis n° 78 (2004-2005) fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 25 novembre 2004.

<http://www.senat.fr/rap/a04-078-1/a04-078-1.html>

BLOCH-LAINE F., *Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées*, Rapport au Premier ministre, Paris, Imprimerie Administrative Centrale, 1967.

BOURDIN J., *Perspectives de retour au plein emploi*, Sénat, Rapport d'information n°345 fait au nom de la délégation du Sénat pour la planification, session ordinaire 2000-2001.

<http://www.senat.fr/rap/r00-345/r00-3451.pdf>

CHANUT J.-M. et GROLLEMUND P., « L'activité des COTOREP en 2003 », *Série Études et Résultats* n° 363, DREES, décembre 2004.

[http://www.sante.gouv.fr/drees/Document er363.pdf](http://www.sante.gouv.fr/drees/Document%20er363.pdf)

CHENUT J.-M., PAVIOT J., « L'activité des COTOREP en 2001 », *Série statistiques* n°42, DREES, décembre 2002.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/seriestat42.htm>

COMITE DE COORDINATION DES PROGRAMMES REGIONAUX D'APPRENTISSAGE ET DE FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE, *Rapport d'activité 1993-1996. Évaluation des politiques régionales de formation professionnelle*, tome 1, Paris, La documentation française, 1996.

COUR DES COMPTES, *La gestion des risques accident du travail et maladies professionnelles*, Rapport au Président de la République, Cour des comptes, février 2002.

<http://www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/cdc55.htm#Rapports-publics-particuliers>

COUR DES COMPTES, *La vie avec un handicap*, Rapport au Président de la République, 2003.
<http://www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/cdc55.htm#Rapports-publics-particuliers>

DARES, « Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des travailleurs handicapés », 2002.
http://www.travail.gouv.fr/etudes/etudes_i.html

DREES, « Le handicap en chiffres », CTNERHI, DREES, DGAS, février 2004.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/index.htm>

ECOTEC Research and Consulting Ltd, *L'étalonnage des performances politiques de l'emploi pour les personnes handicapées*, Commission européenne, Emploi et affaires sociales, Sécurité sociale et insertion sociale, unité EMP/E/4, 2000.
http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/disable/bench_sum_fr.pdf

FARDEAU M., *Sur une analyse comparative et prospective du système français de prise en charge des personnes handicapées*, Rapport au Ministre de l'Emploi et de la solidarité, au Secrétariat d'Etat à la Santé, à l'action sociale et aux handicaps, 2001.
http://www.sante.gouv.fr/dossiers/10_h.htm

FAGERH, *Le livre blanc de la rééducation professionnelles : emploi, formation handicap*, Paris, FAGERH, 1987.

FORGUES P., *Rapport d'information n° 2542 sur le fonctionnement des COTOREP*, Commission des finances, de l'économie générale et du plan, 12 juillet 2000.
http://www.assemblee-nat.fr/rap-info/P131_8974

GAZIER B., « Marchés du travail et transitions », Session 1 *Prévenir l'exclusion et faciliter l'insertion*, Symposium France/OIT 2002.
<http://www.ilo.org/public/french/bureau/inst/papers/confrnce/lyon2002/>

GENDRON B., *Handicap et emploi : un pari pour l'entreprise ?* Publications du C.T.N.E.R.H.I., diff. PUF, Flash Information, numéro hors série, 1994.

HARRIS L., « Etude d'opinion sur l'emploi des personnes handicapées auprès des chefs d'entreprise », 2005.
http://www.agefiph.asso.fr/upload/files/Louis_Harris_aout_2005.pdf

HAUT CONSEIL à L'INTEGRATION, *Lutte contre les discriminations : faire respecter le principe d'égalité*, Rapport au Premier ministre, Haut Conseil à l'Intégration, Paris, La Documentation française, 1998.
<http://www.ladocfrancaise.gouv.fr/brp/notices/994000073.shtml>

IGAS, *Politiques sociales de l'État et territoires*, Rapport annuel 2002, Paris, La Documentation française, 2002.

KHRISTOVA A., MONCEL N., *Approche comparative de l'impact des politiques d'emploi subventionnées sur l'articulation entre emploi et protection sociale*, Resore.
<http://www.univ-nancy2.fr/ILSTEF/RESORE/France/france.html>

LABREGERE A., *L'insertion des personnes handicapées*. Paris, La Documentation française, Notes et études documentaires, n° 4897, 1989.

LASNIER M.-C., *L'insertion professionnelle en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap*, Rapport présenté au Conseil Economique et Social, 2003.
<http://www.ces.fr/rapport/doclon/03052810.PDF>

LOONES A. *et alii*, *Sortir du chômage quand on est handicapé*, Crédoc, n° 175, mai 2004.
http://www.agefiph.asso.fr/html/etudes_sondages/Etude%20Credoc.pdf

MALENE C. de la, *L'application du principe de subsidiarité*, Délégation du Sénat pour l'Union européenne, Rapport 46, 1996-1997.

MARIMBERT J., JOLY B., *Rapport au Ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité sur le rapprochement des services de l'emploi*, 2004.
<http://www.senat.gouv.fr>

MORMICHE P., « L'enquête HID de l'Insee : Objectifs et schéma organisationnel », 2000.
<http://www.insee.fr>

OMS, *CIH-2 Projet final* (Version complète), Genève, OMS, 2000.
<http://www.who.int/icidh>

O'REILLY A., *Le droit des personnes handicapées au travail décent*, Genève, OIP, IFP/SKILLS document de Travail n° 14-F, 2003.
<http://www.ilo.org/public/french/employment/skills/disability/download/rtdwfren.pdf>

PLAISANCE E. *et alii*, « Education, scolarisation et insertion professionnelle », in ASSANTE V., *Mission d'étude en vue de la révision de la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées*. Rapport remis à la Ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, Paris, avril 2002, 79 pages, dont annexes.

POUPON T., *Le potentiel productif des personnes handicapées*, Rapport présenté au Conseil économique et social, Paris, Journal Officiel, Travaux du Conseil économique et social, n° 4200, 1992.

QUINN G., DEGENER T. *et alii*, *Droits de l'homme et invalidité*, New-York et Genève, Nations Unies, HR/PUB/02/1, 2002.
<http://www.handicap-international.org/esperanza/news/adhoc2004/mars2005/doc1.doc>

SECRETARIAT D'ÉTAT A L'ACTION SOCIALE, « L'insertion socio-professionnelle des personnes isolées (Les centres d'hébergement) », Titre IV de l'étude de RCB relative à

La prévention des inadaptations sociales; Ministère de la Santé publique, La Documentation française, janvier 1973.

REMOND B., *l'accès à la formation professionnelle des travailleurs handicapés*, Paris, La Documentation française, rapport remis au ministre du Travail 1990.

REY M., LE BENOIST A., « L'emploi des travailleurs handicapés en 2003 », *Résultats*, Ministère de la fonction publique, juin 2005.

http://www.fonction-publique.gouv.fr/fp/statistiques/pointstats/handicapes_2003.pdf

ROBINEAU Y., *Les mesures d'aide aux emplois du secteur non marchand*, Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du plan, La Documentation française, 2002.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000140/index.shtml>

ROSSIGNOL C. *et alii*, *Classification québécoise dite 'Processus de production du handicap', analyse textuelle, conceptuelle et formelle*, rapport d'expertise, CNRS, université de Provence, 2000.

http://www.ctnerhi.com.fr/images_v1/CCOMS/ExpertisePPHfr.pdf

SCHMID G., « Une assurance emploi pour gérer les transitions critiques tout au long de la vie », in *L'avenir du travail, de l'emploi et de la protection sociale: dynamique du changement et protection des travailleurs*, Symposium France/OIT 2002, (Lyon, 17/18 janvier 2002).

<http://www.ilo.org/public/french/bureau/inst/papers/confrnce/lyon2002/>

SCHWARTZ B., *L'insertion professionnelle et sociale des jeunes*, Rapport au Premier ministre, La Documentation française, 1981.

SENAT, session ordinaire de 1999-2000, « annexe au procès verbal de la séance du 27 octobre 1999 », rapport d'information fait au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur les activités de l'Office national des anciens combattants, par M. J. Baudot, Sénateur.

<http://cubitus.senat.fr/rap/r99-032>

SIMONIN B., *Politique de l'emploi et mise au travail sur des 'activités utiles à la société*, Document de travail CEE, n°13, février 2002.

<http://www.cee-recherche.fr/fr/publicationspdf/02doc13.pdf>

SOUHAMI C., « Le chômage des personnes handicapées, portrait statistique », Noisy-le-Grand, *L'observatoire de l'ANPE*, coll. Les essentiels, juin 2001.

<http://www.anpe.fr/observatoire/>

TRIOMPHE A. (s/dir.), « Les personnes handicapées en France », Paris, INSERM-CTNERHI, *Données sociales*, 1995 (2^{ème} éd.).

VANAVERMEIR S., « Les établissements pour adultes handicapés au 31 décembre 2001 », DREES, Enquête ES 2001 et DREES, coll. Études et Résultats N° 308 de mai 2004.

WOOD P., « Comment mesurer les conséquences de la maladie : la classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps », Genève, Bulletin de l'OMS n°34, 1980, p. 400-405.

WRESINSKI J., « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Avis et rapports du Conseil économique et social, Session des 10 et 11 février 1987, J.O n°6.
http://www.atd-quartmonde.org/intern/fondam/WRES_JO87.pdf

Documents officiels

Compendium des bonnes pratiques sur l'emploi des personnes handicapées, 1999, Luxembourg. Office des publications officielles des communautés européennes
http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/disable/socpart/comp03_fr.pdf

DAES E.-I A., *Principes, directives et garanties pour la protection des personnes détenues pour la maladie mentale ou souffrant de troubles mentaux*, Publication des Nations Unies, numéro de vente F.85.XIV.9, 1986.
<http://www.un.org/french/>

DESPOUY L., *Les droits et l'invalidité*, Publication des Nations Unies, numéro de vente F.92.XIV.4, 1993.
<http://www.un.org/french/>

Intégration de la politique des personnes handicapées dans l'ensemble de la politique sociale et d'emploi de l'Union européenne, Document de travail de la DG V,
http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/disable/dresden/workpaper_fr.pdf

ECOTEC Research and Consulting Ltd., *L'étalonnage des performances politiques de l'emploi pour les personnes handicapées*, Commission européenne, Emploi et affaires sociales, Sécurité sociale et insertion sociale, unité EMP/E/4, 2000.
http://europa.eu.int/comm/employment_social/disability/bench_sum_fr.pdf

Les différentes *lois françaises sur le handicap* sont téléchargeables sur le site :
<http://www.handicap.gouv.fr>

Les différentes *conventions, recommandations et chartes* de l'OIT et du BIT sont téléchargeables sur le site :
<http://www.ilo.org/public/french/>

Les différentes *résolutions, directives du Conseil de l'Union européenne* sont téléchargeables sur le site :
<http://europa.eu.int/scadplus/leg/fr/cha/c10823.htm>

Série des traités européens et Chartes sociales, téléchargeables sur le site :
<http://www.ena.lu/europe/conseil/liste-traites-conseil-europe.htm>

Les différents *textes fondamentaux* et *résolutions*, de l'ONU sont téléchargeables sur le site :
<http://www.un.org/french/>

Plan National d'Action pour l'Emploi, les différents PNAE sont téléchargeables sur le site du ministère du travail

<http://www.travail.gouv.fr>

Tableau de bord des centres d'aide par le travail, exercice 1999, Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de l'action sociale, INFODGAS n°74 - octobre 2003.

http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/infodas/infodas74/cat_99.pdf

Les *différents textes et questions relatives au handicap traités par la Commission européenne* sont accessibles via les site :

http://europa.eu.int/comm/employment_social/disability/index_fr.html

Université Victor Segalen – Bordeaux 2

Année **2006**

Thèse n° 1333

THESE

Pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITE BORDEAUX 2

Mention : Sciences de l'Education

Présentée et soutenue publiquement

Le : **29 Septembre 2006**

Par : **GAYRAUD Laure**

Née le 21 juillet 1961

Titre de la thèse

**LA POLITIQUE D'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES
GÉNÈSE ET MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE ORDINAIRE**

(Le cas de la Gironde)

Annexes

Membres du jury

Alain BLANC Professeur de Sociologie, UFR Sciences de l'Homme et de la Société, Université Pierre Mendès France

Rapporteur

Claude SORBETS – Directeur de recherche CNRS section 40, CERVL Pouvoir, Action publique, territoire, UMR 5116

Rapporteur
Président

Christophe GUITTON, Chef de département : département professions et marché du travail, CEREQ

Joël ZAFFRAN, Directeur du Centre de formation en sciences sociales appliquées, Département de Sociologie, Faculté des Sciences de l'Homme, Université Victor Segalen - Bordeaux 2

Alain JEANNEL, Professeur émérite, Université Victor Segalen – Bordeaux 2

Directeur de thèse

ANNEXES

ANNEXES

1. Liste des personnes rencontrées et guides d'entretiens
2. La notion d'Insertion dans les politiques sociales
3. L'hybridation des politiques de l'emploi avec les politiques sociales
4. Organisation institutionnelle de la gestion du handicap en France
5. Le budget du handicap en France
6. Mesures réglementaires européennes pour l'emploi des personnes handicapées
7. Mesures AGEFIPH
8. Chronologie de l'intervention des pouvoirs publics sur le marché du travail et de l'indemnisation du chômage
9. Chronologie des lois française sur le handicap
10. La CDES et la COTOREP
11. Note d'orientation D.G.E.F.P. n° 99/33 du 26 août 1999 relative aux programmes départementaux d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (PDITH)

11.1 ANNEXE 1
GUIDES D'ENTRETIENS ET LISTE DES ENTRETIENS REALISES

ENTRETIENS REALISES

Niveau National

AGEFIPH (2001)

- Directeur adjoint
- Responsable de la mission PDITH

DGEFP (2001)

- Responsable de la mission insertion

Niveau Régional

DRTEFP

- Responsable des questions relatives à la politique des travailleurs handicapés

AGEFIPH (2001) 2* + ex directeur

- Directeur de l'AGEFIPH (deux entretiens)
- Ex directeur de l'AGEFIPH

Niveau Départemental

COORDINATEUR PDITH

DDTEFP 33 (2000) 2*

- Représentante de la DDTEFP dans le PDITH

ANPE (2000)

- Conseiller de l'emploi spécialisé dans l'insertion des travailleurs handicapés

GIRPEH (2001)

- Directeur du GIRPEH

CRAM Aquitaine (Conseiller de l'emploi)

- Conseiller de l'emploi responsable de l'insertion des travailleurs handicapés

CRP de la Tour de Gassies (2000)

- Directeur du Centre de rééducation professionnelle
- Formateurs ayant en charge les modules de préorientation et de formation qualifiante

TRAME DES GRILLES D'ENTRETIEN

Partie commune à tous les entretiens

- Nom de l'organisme, statut, date de création, missions
- Nom de la personne rencontrée, statut, missions (évolution de ces missions), formation initiale et parcours professionnel
- Comment définiriez-vous la philosophie d'action de votre organisme ?
- Place pour l'Etat dans la politique de l'emploi à destination des personnes handicapées
- Place pour l'AGEFIPH dans la politique de l'emploi à destination des personnes handicapées
- Nature des relations avec les services déconcentrés
- Nature des relations avec le SPE
- Nature des relations avec les associations de personnes handicapées, les représentants des entreprises et des salariés
- Fréquence des réunions, cadre dans lequel s'effectuent les contacts
- Rôle des PDITH et leur évolution
- Quelle est la valeur ajoutée des PDITH dans la politique d'emploi à destination des personnes handicapées
- Quels sont les principaux problèmes identifiés quant à l'insertion des personnes handicapées en milieu ordinaire (orientation, formation, parcours d'insertion)
- Question relative aux EPSR au sujet de l'accord AGEFIPH-Etat (devenir des EPSR de droit public)
- Mise en place du label Cap Emploi (avenir, son influence sur les pratiques professionnelles)
- Evolution des cadres de l'action publique – globalisation et territorialisation
- Quel rôle occupe l'Europe dans la politique de l'emploi à destination des personnes handicapées
- Quelle politique de communication sur leur action

Niveau national

- Nature des relations Etat-AGEFIPH
- Quel type de pression s'exerce entre les deux organismes (pressions, autonomie, etc.)
- Fréquence des réunions, cadre dans lequel s'effectuent les contacts
- Nature des relations avec les services déconcentrés
- Nature des relations avec le SPE
- Nature des relations avec les associations de personnes handicapées, les représentants des entreprises et des salariés
- Mise en place du label Cap Emploi
- Evolution des cadres de l'action publique – globalisation et territorialisation
- Quelle politique de communication sur leur action

Niveau régional

- Nature des relations DRTEFP/DDTEFP
- Nature des relations DRTEFP/AGEFIPH
- Nature des relations DRTEFP/PDITH

Niveau départemental

- Nature des relations entre l'organisme et la DDTEFP, l'AGEFIPH les autres partenaires
- Profil du public pris en charge
- Quelle position occupez-vous dans le PDITH (pouvoir de décision, missions attendues, etc.)

ANNEXE 2

**INSERTION : UN TERME FLOU POUR DESIGNER UNE PRIORITE DE
L'ACTION PUBLIQUE**

Insertion : un terme flou pour désigner une priorité de l'action publique

➤ *La notion d'Insertion dans les politiques sociales*

La notion d'insertion apparaît dans les années soixante-dix au moment où la conception de l'État comme promoteur du social et acteur économique est remise en cause : « la régulation par l'État paraît seconde par rapport à une dynamique sociale fondée principalement sur les mécanismes automatiques de l'économie de marché »¹. Mécanismes qui se traduisent, pour une part de plus en plus importante de la population en âge de travailler, par un accès sous haute concurrence à un marché du travail de moins en moins prévisible. Employée dès 1972 dans le domaine de l'accès des jeunes à la vie active², utilisée par différentes mesures concernant les personnes handicapées ou marginalisées, consacrée en 1988 par la création du RMI, le vocable insertion en est progressivement venu à désigner une priorité de l'action publique³.

L'utilisation de la notion d'insertion dans les politiques sociales est donc récente, elle apparaît avec force au cours des années 1980 pendant lesquelles elle devient le maître mot d'un ensemble abondant de politiques publiques : on parle d'insertion ou de réinsertion, par le travail, par l'activité économique, par le logement, voire par la culture ou par le sport. C'est avec le rapport Schwartz de 1981 à propos des jeunes en difficulté⁴ que l'insertion est liée à une représentation indissociablement sociale et professionnelle. Sur le volet professionnel, il s'agissait, au départ, de la mesure de l'entrée sur le marché du travail des jeunes sortis, diplômés ou non, du système scolaire. Sur le volet social, l'insertion comprend une série de services qui vont de l'assistance traditionnelle à l'accompagnement vers l'emploi ; le terme peut ainsi désigner selon les contextes, formation, socialisation, médiation, occupation ou responsabilisation. Cependant force est de constater que depuis son apparition, les représentations associées à la notion d'insertion se sont diversifiées et enrichies sans pour autant parvenir au statut de concept⁵. Ce terme reste flou malgré les tentatives de définition que tentent de lui apporter de nombreux travaux scientifiques et celles émanant des diverses institutions sociales.

¹ B. Jobert, 1981, *op. cit.*, p. 46.

² Le terme est apparaît pour la première fois dans un texte de politique sociale en 1972 avec « l'allocation d'insertion » destinée à faciliter la mobilité des jeunes travailleurs, R. Lafore, 1991, *op. cit.*, p. 77.

³ J. Damon, « Les politiques d'insertion », Paris, La Documentation française, *Problèmes sociaux* (dossiers d'actualité mondiale) n° 807, 14 août 1998.

⁴ B., Schwartz, 1981, *op. cit.*

⁵ S. Paugam parle de *prénotion* au sens de Durkheim, « Les sciences sociales face à l'exclusion », S. Paugam (dir.), *L'exclusion : l'état des savoirs*, éd. La Découverte, coll. Textes à l'appui, 1996, p. 565.

➤ *Les apports de la sémantique*

Malgré son inscription en 1988 dans la loi sur le RMI, l'insertion reste une notion à la définition particulièrement floue, « le législateur lui-même, qui fait de 'l'insertion sociale et professionnelle des personnes en difficulté un impératif national' (art. 1 de la loi), n'est guère disert sur ce qu'il convient d'entendre par insertion (*cf.* en particulier les articles 36, 37 et 38 de la loi) (...) La notion d'insertion définit à la fois un ensemble d'obligations qui ne se réduit pas au versement d'une allocation d'argent et fait en même temps le pari que le régime de ces obligations pourra être différent de celui des pratiques d'assistance. Cela veut dire que l'insertion définit un espace d'affrontement pour les pratiques sociales visant à combattre l'exclusion. La notion prendra son sens en fonction des pratiques innovantes qui verront le jour et sauront transformer les pratiques de secours à autrui »⁶.

Dans les textes, la notion d'insertion apparaît aux côtés de celles d'intégration et d'assimilation utilisées notamment dans le cadre des politiques d'immigration et dans celles à destination des personnes handicapées (la loi du 30 juin 1975). Comme le rappelle J. Costa-Lascoux⁷, en français, les trois termes *assimilation*, *intégration*, *insertion* ont des significations et des histoires différentes. Cependant, la représentation anthropomorphique de la société comme *corps social* a progressivement contribué à brouiller le sens des mots.

Initialement, l'*intégration* évoque une opération mathématique (est intégral ce qui n'est l'objet d'aucune diminution ni restriction). En économie, le *développement intégré*, signifie l'interdépendance de l'économique, du politique et du culturel. Le terme exprime une dynamique dans laquelle chaque élément compte à part entière. L'intégration suppose une interdépendance étroite entre les membres d'une même société dans un échange, une participation à l'ensemble, l'adhésion aux règles de fonctionnement et à des valeurs communes. La notion d'intégration est associée à un certain nombre de politiques sectorielles mises en place au cours des années 1970 (politiques à destination des jeunes en situation d'échec scolaire ou de rupture sociale, des handicapés, des immigrés, etc.). Ainsi, « *intégrer c'est faire entrer en dialogue et cohabiter des ensembles antérieurement distincts ce qui a pour effet de créer un nouvel ensemble...* »⁸, la notion d'intégration renvoie alors à la notion de différences.

⁶ F. Ewald, « Solidarité et insertion », in B. Kouchner (dir), *Les nouvelles solidarités*, Paris, PUF, 1989, p. 15-16.

⁷ Pour une discussion sur les concepts d'insertion et d'intégration dans le cadre des politiques migratoires, voir J. Costa-Lascoux, « De l'immigré au citoyen », Paris, La documentation française, *Notes et Etudes documentaires*, 1989, p. 8-12.

⁸ R. Lafore, 1991, *op. cit.*, p. 79.

Le terme d'*assimilation* signifie à l'origine à la fois l'action de rendre égal et l'acte de l'esprit qui considère comme semblable ce qui est différent. Dans un sens plus récent, inspiré de la physiologie, l'assimilation est le processus par lequel un être vivant en transforme un autre en sa propre substance. Ramenée à l'immigration, la notion de naturalisation rend compte d'une identification réalisée : l'étranger sera en lieu et place du « naturel »

La notion d'*insertion* définit littéralement une introduction de fait, l'objet est inséré conservant son entité et ses caractéristiques. Il est un ajout que l'on peut désinsérer sans nuire aux qualités intrinsèques du corps principal. Le dictionnaire historique de la langue française précise que c'est au XIX^e siècle qu'apparaît un premier emploi figuré du terme insertion (1851 ; *insertion d'une vie [animale] sur une autre [organique]* ; le nom s'emploie (1932, Bergson) en parlant de personnes, au sens d'« intégration dans un groupe » (*insertion sociale*).

L'insertion désigne le contraire de l'exclusion. Comme l'insertion, l'exclusion est un processus et dans les deux cas, la durée est un critère important appréhender cette évolution ; comme elle sa définition n'est pas stabilisée. Depuis la fin des années quatre-vingt, l'expression « exclusion sociale » a été propagée par la Commission européenne. Même s'il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus épistémologique et politique sur la définition et la mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale, les notions retenues par l'action communautaire tiennent compte de deux critères d'identification. D'une part et sur la base de la décision du Conseil du 19 décembre 1984, le cadre de référence est national : « On entend par pauvres, les individus, les familles, les groupes de personnes dont les ressources, matérielles, culturelles et sociales, sont si faibles qu'ils sont exclus des modes de vie minimaux acceptables dans l'Etat membre »⁹. D'autre part, la notion d'*exclusion sociale* est dynamique et multidimensionnelle. Dynamique, elle désigne à la fois les processus et les situations qui résultent de ces processus. Multidimensionnelle, elle met l'accent sur la pluralité des mécanismes par lesquels des personnes et des groupes sont rejetés de la participation aux échanges, pratiques ou droits sociaux constitutifs de l'intégration sociale et donc de l'identité. De ces deux critères, il résulte, pour reprendre les déclarations de M. Delors en juin 1993, que « si l'exclusion contient la notion de pauvreté, la pauvreté ne contient pas celle d'exclusion »¹⁰. Cette remarque peut se comprendre si l'on réintroduit la variable temporelle qui fait que la précarité, au départ financière c'est-à-dire unidimensionnelle, peut devenir, lorsque la situation se prolonge, multidimensionnelle et changer de nature.

⁹ Conférence intergouvernementale, Fiche thématique n° 40, (1^{ère} mise à jour: 24 mars 1997), L'exclusion sociale et la CIG.

¹⁰ *Ibid.*, Conférence intergouvernementale, Fiche thématique n° 40.

L'enjeu des dispositifs mis en place par les pouvoirs est d'éviter que le processus d'exclusion ne l'emporte sur celui de l'insertion. R. Lafore, met en évidence deux dimensions dans l'ensemble idéal que recouvre la notion d'insertion : l'une qui s'inscrit dans les définitions classiques du terme et dans laquelle « parler d'insertion, c'est implicitement introduire l'idée qu'il convient de faire entrer un individu ou un groupe dans un ensemble plus vaste dont il ne fait pas partie, sans modifier l'ensemble d'accueil dans sa définition ; il y a là une idée d'assimilation, car la volonté de rendre semblable un élément antérieurement dissemblable pour en faire une partie d'un tout qui lui préexiste et auquel il était extérieur »¹¹. La seconde dimension étend la notion d'insertion à un processus et intègre les dispositifs qui la supportent : « la notion paraît renvoyer plus au 'mouvement' lui-même par lequel un élément externe se transmue en une partie du tout, qu'à la situation finale qui résultera de ce mouvement ou à la situation initiale qui le fonde. » Dans cette conception, s'insérer c'est *enclencher une dynamique*, passer au travers d'un dispositif de changements. En cela, « l'insertion est un vocable qui recouvre plus le dispositif opératoire par lequel on s'insère qu'il ne constitue une construction conceptuelle véritable »¹². L'insertion apparaît comme un processus, et le terme renvoie essentiellement au dispositif technique mis en œuvre dans les politiques publiques.

➤ *Le recours à la discrimination positive dans les dispositifs d'insertion professionnelle*

L'apparition des dispositifs d'insertion concorde avec un changement de norme d'action de l'État et de conception de l'action publique. A la notion d'intégration, référée au principe d'égalité, et qui vise l'homogénéisation de la société par un ensemble de politiques sectorielles à destination de l'ensemble de ses membres, vient se substituer celle d'insertion référée à l'équité, c'est à dire à la prise en compte de situations spécifiques auxquelles les politiques égalitaires n'ont pas pu répondre. La discrimination positive est posée comme une pratique de justice sociale : c'est en accordant à certaines catégories de population un traitement préférentiel ou prioritaire, que ces politiques visent à rétablir une égalité des chances dont on estime qu'elle se trouve sérieusement compromise dans le cadre d'un traitement égalitaire. D'où l'introduction de l'idée de discrimination positive dans le droit public. Les politiques de discrimination positive visent – à travers un ensemble de mesures ou de normes juridiques – à instituer des inégalités pour encourager l'égalité. Ces politiques renvoient à une forme équitable de l'égalité : « un principe d'égalité compensatrice ou correctrice se substitue à une stricte égalité de traitement entre les ayants droits et entre les usagers. (...). Seul l'objectif recherché – la réduction des inégalités de fait – per-

¹¹ R. Lafore, 1991, *op. cit.*, p. 77.

¹² *Ibid.*, R. Lafore, 1991, p. 77.

met de considérer qu'une telle discrimination est 'positive' »¹³. Ce sont les Etats-Unis qui les premiers ont, à travers les politiques d'*affirmative action*, introduit ce mode de régulation sociale en posant les bases de la reconnaissance d'une société multiculturelle. En France, cette position n'est pas explicitement revendiquée par l'État, si les analystes s'accordent pour reconnaître un changement de norme d'action de l'État dans lequel la notion d'équité entre en tension avec celle d'égalité, il semble que la discrimination positive ait été pensée sur le mode de la *dérogation*, afin de rectifier de façon provisoire un dysfonctionnement du modèle égalitaire républicain, et qu'elle est idéalement destinée in fine à aboutir à la non discrimination.

Dans le champ de l'insertion, la recherche d'équité se traduit par un ciblage des publics qui témoigne de la prise en compte de critères jugés discriminants pour leur accès à l'emploi, « elle concerne certains publics pour lesquels des pratiques de différenciation sociale et des mesures de soutien spécifique sont envisagées »¹⁴. Il s'agit de mesures d'aide à l'emploi dont l'objectif est de susciter des effets contre-sélectifs pour les publics les plus en difficulté au regard du marché du travail. Ces dispositifs visent à opérer une discrimination en faveur de certaines catégories de demandeurs d'emploi¹⁵ par le biais de contrats aidés dans le secteur marchand et non marchand. Les critères discriminants retenus pour sélectionner le public bénéficiaire varient selon une logique de ciblage plus ou moins précis : si certains dispositifs sont basés sur des critères permettant de regrouper un grand nombre de personnes (c'est le cas du Revenu minimum d'insertion – RMI, ouvert aux femmes et aux hommes de plus de 25 ans chômeurs de longue durée) ; d'autres sont beaucoup plus sélectifs quant aux critères requis, ils sont à destination de populations jugées particulièrement en difficulté dans leur insertion professionnelle, c'est le cas du dispositif à destination des travailleurs handicapés. L'ensemble des mesures d'aide à l'insertion professionnelle vise, conformément au principe de discrimination positive, à améliorer par la formation et la remise au travail les chances individuelles d'accès à l'emploi des chômeurs les plus en difficulté sur le marché du travail¹⁶. La caractéristique commune des multiples dispositifs d'insertion par le travail réside dans le fait que l'Etat, sauf exception, intervient dans le financement du coût du travail de leurs bénéficiaires.

¹³ G. Calvès, Avant propos. In : « Les politiques de discrimination positive », *Problèmes économiques et sociaux* n° 822. Paris la Documentation française. 4 juin 1999, p. 3.

¹⁴ A. Abdollahzadeh, « L'assise socio-économique et politique de la problématique de l'insertion », Paris, Centre-Inffo, *Actualités de la Formation Permanente*, n° 152, janvier/février 1998, p. 33.

¹⁵ Dans le cadre des politiques d'insertion trois grandes catégories de bénéficiaires ont été identifiées : les jeunes primodemandeurs d'emploi ; les chômeurs de longue durée adultes et les travailleurs handicapés.

¹⁶ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 165.

➤ *Un point sur les tentatives de définition scientifique de l'insertion*

J. Vincens¹⁷ fait un état des lieux sur les réflexions théoriques et méthodologiques et montre comment, dans le temps, les approches de l'insertion professionnelle se sont multipliées en se distinguant par les objectifs, les méthodes, les données et les enjeux. En reprenant les principaux travaux qui se sont développés à compter des années 1950, il met en évidence certaines des raisons de l'inconsistance du champ de l'insertion. L'une d'entre elles s'enracine dans le développement de l'éducation (à la fois cause et conséquence de l'économie) dont l'effet est de retarder l'entrée sur le marché du travail et d'établir pour la majorité des membres de chaque génération des liens entre les études et les attentes concernant la vie active. A la représentation ancienne d'une évolution qui commençait à l'entrée dans la vie active à 14 ans ou même avant, et se poursuivait pendant plusieurs années après l'adolescence, en succède une différente, dans laquelle le passage de l'adolescence à l'âge adulte est marquée par un phénomène d'entrée dans la vie active (par l'emploi ou le chômage selon les cas). La question de l'entrée dans la vie active des jeunes que suscitait cette évolution suggérait une problématique, celle de la distinction entre l'état de départ et l'état de destination avec un entre-deux, le *passage*¹⁸, rapidement considéré comme un processus. Le processus étant pour chaque individu, comme pour chaque cohorte à laquelle il est rattaché, l'expression longitudinale du marché du travail. Avec la généralisation du chômage aux adultes, la notion d'insertion professionnelle développée au départ pour répondre à la question de l'entrée des jeunes sur le marché du travail, à été remplacée dans certains travaux par celle de *transition professionnelle* pour signifier la généralisation à d'autres publics des problèmes d'accès à l'emploi. La transition professionnelle « est un processus singulier au sens où existent des périodes relativement isolables de la vie au cours desquelles les individus changent progressivement de statut et d'occupation... des moments qui sont structurés par l'objectif de mise au travail et sa réalisation et qui séparent les temps où la mise au travail est secondaire et ceux où elle temporairement acquise, les temps où domine la production des capacités des individus et ceux où l'emporte leur mise en œuvre »¹⁹ ce processus n'est pas spécifique aux jeunes mais s'applique à l'ensemble des demandeurs d'emploi.

Dans les faits, au lieu d'approfondir cette question générale, les études se sont développées sous la pression de la demande sociale, demande émanant le plus souvent des pouvoirs publics. Or, comme le souligne J. Vincens, la demande sociale s'intéresse à ce qui fait problème, le chômage (surtout celui des jeunes), l'exclusion, l'organisation du système

¹⁷ J. Vincens, « L'insertion professionnelle des jeunes. A la recherche d'une définition conventionnelle », in *Formation Emploi*, Marseille, n° 60, 1997, p. 21-36.

¹⁸ Comme le souligne J. Vincens, de nombreux auteurs pointent la diversité du vocabulaire pour signifier ce passage : insertion, transition, entrée dans la vie active, trajectoire, parcours, etc.

¹⁹ J. Rose in L. Tanguy dir. 1986, *op. cit.*, p. 79.

éducatif. Dès lors, la mobilisation des moyens de recherche s'est faite dans différentes directions avec pour conséquence la multiplication des méthodes d'enquête et d'analyse. Il met en évidence quatre thèmes (la jeunesse, la relation formation et l'emploi²⁰, le chômage et enfin l'exclusion) qui ont contribué à l'éclatement des travaux scientifiques. Si ces travaux ont concouru à une meilleure connaissance de l'allure générale des parcours d'insertion des jeunes, ils ne mettent pas en évidence la conception de l'insertion qui les sous-tend²¹. Ainsi, le constat que faisait L. Tanguy en 1986 reste d'actualité « Malgré l'ampleur des travaux, l'impression qui domine en les considérant est celle d'un certain malaise face à un champ qui reste peu défini, mal cerné théoriquement, où sociologues et économistes se côtoient... »²²

²⁰ L'importance de ce thème en France à la fin des années 1960 conduira à la création du Centre d'Etudes et de Recherches sur les Qualifications (Céreq).

²¹ C. Nicole-Drancourt et L. Roulleau-Berger, *L'insertion des jeunes en France*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 1991, cité par J.Vincens, 1997, *op. cit.*, p. 21.

²² L. Tanguy, 1986, *op. cit.*, p. 37.

11.2 ANNEXE 3

L'HYBRIDATION DES POLITIQUES DE L'EMPLOI AVEC LES POLITIQUES SOCIALES

L'hybridation des politiques de l'emploi avec les politiques sociales

➤ *Les limites de l'État providence en période de croissance*

Pendant la période des Trente-glorieuses, l'intégration sociale est assurée par le développement économique et son corollaire, l'activité professionnelle ; la croissance économique est alors perçue comme le vecteur des droits sociaux. Le dynamisme du marché du travail ainsi que la structuration des qualifications demandées laissent augurer une insertion professionnelle des actifs sans aide particulière. Les politiques sociales s'appuient sur le paradigme du risque et de la responsabilité sociale et se stabilisent autour du couple *risque social – ayant-droit*¹. Elles sont alors marquées par le mouvement de généralisation et de centralisation de la protection sociale, « dans l'esprit des initiateurs du plan français de sécurité sociale, les nouvelles règles de solidarité collective devaient consacrer le déclin de l'assistance et des institutions d'aide sociale traditionnelle dont l'une des caractéristiques essentielles est l'ancrage territorial. »² Mais en période de croissance ce modèle connaît déjà des limites entre ceux qui portés par la croissance économique s'ouvrent des droits par leur travail et ceux qui, sans travail, ne peuvent bénéficier que d'une assistance³. Pour les publics en difficulté, la logique catégorielle qui structure l'action de l'État se traduit par des interventions spécialisées et cloisonnées qui fragmentent le champ du social et se révèle être à la source, en cas d'évolution des problèmes sociaux, de fortes inégalités entre les familles selon qu'elles entrent ou non dans les catégories préétablies. C'est ainsi que dans les années 1960, les situations de certaines populations fragilisées sont portées à la connaissance du public à travers l'action de militants chrétiens, dans le cadre d'Aide à Toute Détresse (ATD) Quart monde qui rend compte de l'existence d'un sous prolétariat en lien avec les formes ségréгатives générées par le développement urbain et la « panne » de l'État providence au regard des situations de certaines populations⁴. Au cours des années 1970 la question de l'évolution des formes de pauvreté en période de croissance est dénoncée à nouveau par deux ouvrages qui tiennent lieu de référence : *Vaincre la pauvreté dans les pays riches* de L. Stoleru⁵ (1973), et *Les exclus, un français sur dix* de R. Lenoir⁶

¹ R. Lafore, 1991, *op. cit.*, p. 79.

² J.-L. Ourtin, « Politiques sociales, politiques d'emploi et territoires », *Ville et emploi, le territoire au cœur des nouvelles formes de travail*, éd. De l'Aube, 2000, p. 351.

³ F. Ewald, « Solidarité et insertion », in B. Kouchner (dir.), *Les nouvelles solidarités*, Paris, PUF, 1989, p. 5-16.

⁴ B. Jobert souligne l'ambition d'ATD Quart monde : « donner une voix à un peuple sans voix ». Pour ces militants, « l'objectif de la politique sociale n'est pas d'éduquer ces populations, ni de les assister mais bien de leur donner la parole – par l'école – et des ressources stables par l'impôt négatif ». B. Jobert, 1981, *op. cit.*, p. 53-54.

⁵ Économétricien et spécialiste des politiques industrielles il est alors Professeur à l'école Polytechnique.

⁶ D'abord directeur de l'Action sociale au ministère de la Santé, puis secrétaire d'État aux Affaires sociales de 1974 à 1978.

(1974). Ces deux auteurs mettent en évidence le constat de « trous » dans le système de protection sociale, et l'existence de vastes franges de pauvreté et d'exclusion⁷. Tout en dénonçant des situations d'exclusion en période de croissance, ils s'appuient sur des conceptions différentes pour en expliquer les causes : R. Lenoir interprète l'écart des pauvres à la norme et leur exclusion en terme d'inadaptation sociale ; L. Stoleru s'appuie quant à lui sur l'idée d'exclusion sociale, c'est-à-dire à une privation de droits fondamentaux des pauvres imputable à la société elle-même. Ces approches de la pauvreté, pointant les limites du système de protection sociale, vont constituer le « soubassement intellectuel de la nouvelle stratégie sociale dominante »⁸. Afin de favoriser la compétitivité des entreprises française, la nouvelle stratégie sociale propose un partage des dépenses publiques en esquissant « un nouveau partage du social entre l'entreprise, le citoyen et le secteur public »⁹ ; l'État assure l'assistance pour les catégories en situation de fragilité au regard du marché du travail et les entreprises aménagent des avantages aux salariés apportant le plus de valeur ajoutée¹⁰.

B. Jobert montre comment la stratégie sociale qui se dessine lors du VII^e plan (1976-1980) va être mise à mal par la persistance de la crise économique, passant d'une conception d'un réaménagement social de la croissance à une conception marquée par le changement de l'échelle des priorités : « dans la première période, la politique sociale était conçue en termes de compensation des tensions de la croissance économique. Dans la deuxième période, ce sont les conditions sociales d'un redémarrage de la croissance qui sont au centre de la réflexion. »¹¹ À compter du septennat de V. Giscard d'Estaing, la régulation par l'État paraît seconde par rapport à une dynamique sociale fondée principalement sur les mécanismes automatiques de l'économie de marché¹². L'institution d'un impôt négatif cède devant la mise en place de minima sociaux¹³ dont la fonction est de rétablir un déséquilibre, remédier à un aléa, de réparer le lien social de façon immédiate par substitution ou par compensation.

⁷ J.-M. Belorgey, « Lever les malentendus », in R. Castel et J.F. Laé (dir.), *Le revenu minimum d'insertion une dette sociale*, Paris, L'Harmattan, 1991, p. 32-33.

⁸ B. Jobert, 1981, *op. cit.*, p. 57.

⁹ *Ibid.*, B. Jobert, 1981, p. 58.

¹⁰ *Ibid.*, B. Jobert, 1981, p. 58-59.

¹¹ *Ibid.*, B. Jobert, 1981, p. 63.

¹² *Ibid.*, B. Jobert, 1981, p. 46.

¹³ Les minima sociaux garantissent une fonction de garantie de base en permettant non un maintien relatif du revenu antérieur selon la logique des assurances socioprofessionnelles, mais un certain niveau de ressources. Ils s'adressent aux personnes n'ayant pas suffisamment cotisées pour s'ouvrir des droits. Ce que l'on nomme les minima sociaux forme un ensemble de huit prestations de ressources : le minimum vieillesse, le minimum invalidité de l'assurance maladie, l'allocation adultes handicapés, l'allocation parent isolé, l'allocation veuve, les allocations pour chômeurs relevant du régime de solidarité (allocation d'insertion et allocation de solidarité) et enfin, dans une logique plus complexe le RMI. Voir J.-J. Dupeyroux *et alii*, *Droit de la sécurité sociale*, 2001 (14^e éd.), p. 352-362.

Avec les effets de la crise économique sur le marché du travail, l'augmentation massive du chômage et son caractère durable (chômage de longue durée), l'État providence « entre en crise » : conçu à l'origine pour les seuls actifs et s'appuyant sur une politique économique devant permettre le plein emploi, le modèle de protection sociale s'avère être trop sélectif en période de crise économique. Dès le début du septennat de F. Mitterrand, le débat s'oriente vers le problème que pose l'accès ou le retour à l'emploi d'un nombre grandissant de personnes touchées par le chômage et l'allongement de sa durée (entre 1974 et 1981, le nombre de personnes indemnisées a été multiplié par sept). La notion de « nouvelle pauvreté »¹⁴ est introduite la même année par le rapport Oheix¹⁵ ; elle caractérise le risque que courent, en période de chômage persistant, les ménages vulnérables à toute diminution de leur pouvoir d'achat. Ce rapport montre comment un nombre de plus en plus important de chômeurs normalement insérés dans la société est entraîné, en fin d'indemnisation du chômage, dans une situation de précarité pouvant aller jusqu'à l'exclusion. Un constat s'impose : il est devenu difficile de maintenir le principe d'une protection sociale indexée sur le seul travail. Constat qui aboutira – après l'augmentation du nombre de chômeurs de longue durée¹⁶ et des situations de précarité – en 1988 au vote de la loi sur le revenu minimum d'insertion (RMI)¹⁷.

➤ *L'apparition des dispositifs d'insertion et l'hybridation des politiques de l'emploi avec les politiques sociales*

Les politiques de l'emploi, conçues au départ dans un contexte de faible chômage global, vont au final accompagner la crise de l'État providence. Dès le début des années 1980 apparaît clairement dans les politiques de l'emploi un objectif d'insertion professionnelle aux côtés des objectifs classiques de la politique de l'emploi (reconversion et reclassement). L'utilisation de la notion d'insertion dans les politiques sociales est récente¹⁸, elle apparaît avec force au cours des années 1980 pendant lesquelles elle devient le maître mot d'un ensemble abondant de politiques publiques : on parle d'insertion ou de réinsertion, par le travail, par l'activité économique, par le logement, voire par la culture ou par le

¹⁴ L'expression vise à différencier les causes qui mènent à la pauvreté dans un contexte de dérèglement du marché du travail, elle se juxtapose à la *pauvreté traditionnelle* qui concerne les diverses catégories sociales subissant ou reproduisant sur plusieurs générations des situations d'exclusion.

¹⁵ G. Oheix, « Contre la précarité et la pauvreté – 60 propositions », Ministère du Travail et de la Participation, 1981. Il est largement fait référence à ce texte dans un rapport du CES : J. Wresinski, « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Session des 10 et 11 février 1987, J.O. texte téléchargeable sur le site http://www.atd-quartmonde.org/intern/fondam/WRES_JO87.pdf

¹⁶ Les chômeurs de longue durée ont un an d'inscription consécutive comme demandeurs d'emploi. Ils représentent en 1985, 30 % de l'ensemble des chômeurs.

¹⁷ Loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion, JO du 3 décembre 1988, p. 151119-15123.

¹⁸ La notion d'insertion est tout d'abord employée dans le domaine de l'accès des jeunes à la vie active. Le terme apparaît pour la première fois dans un texte de politique sociale en 1972 avec « l'allocation d'insertion » destinée à faciliter la mobilité des jeunes travailleurs., R. Lafore, 1991, *op. cit.*, p. 77.

sport. C'est avec le rapport Schwartz de 1981 à propos des jeunes en difficulté¹⁹ que l'insertion est liée à une représentation indissociablement sociale et professionnelle. Sur le volet professionnel, il s'agit, au départ, de la mesure de l'entrée sur le marché du travail des jeunes sortis, diplômés ou non, du système scolaire. Sur le volet social, l'insertion comprend une série de services qui vont de l'assistance traditionnelle à l'accompagnement vers l'emploi. Le terme peut ainsi désigner selon les contextes, formation, socialisation, médiation, occupation ou responsabilisation. Destinées à l'origine aux jeunes rencontrant des difficultés sur le marché du travail (milieu des années 1970), les politiques d'insertion par le travail vont progressivement être étendues aux chômeurs de longue durée (1985) et se généraliser à la fin des années 1980. À partir de 1987, l'insertion va progressivement désigner une priorité de l'action publique : l'insertion professionnelle devient l'axe central et l'objectif prioritaire des politiques de l'emploi, « le pivot autour duquel se structurent les politiques de l'emploi autour d'un axe préventif/curatif : ces politiques tendent désormais soit à prévenir le chômage d'exclusion, soit à en réduire les effets en favorisant la réinsertion professionnelle de ceux qui en sont victimes. »²⁰ La politique de l'emploi connaît alors trois inflexions majeures qui la font s'hybrider avec les politiques sociales : la recherche de nouvelles garanties de ressources, d'aides à l'insertion et d'actions de formations²¹.

Avec la généralisation du chômage aux adultes, la notion d'insertion professionnelle développée au départ pour répondre à la question de l'entrée des jeunes sur le marché du travail, va être remplacée dans certains travaux par celle de « transition professionnelle » pour signifier la généralisation à d'autres publics des problèmes d'accès à l'emploi. La transition professionnelle « est un processus singulier au sens où existent des périodes relativement isolables de la vie au cours desquelles les individus changent progressivement de statut et d'occupation... des moments qui sont structurés par l'objectif de mise au travail et sa réalisation et qui séparent les temps où la mise au travail est secondaire et ceux où elle temporairement acquise, les temps où domine la production des capacités des individus et ceux où l'emporte leur mise en œuvre. »²² Ainsi, la notion de transition professionnelle qui renvoyait dans un premier temps au processus d'entrée des jeunes sur le marché du travail et à l'ensemble des dispositifs mis en œuvre par les pouvoirs publics pour aménager leur accès à l'emploi²³, s'est progressivement étendue à de nouvelles catégories d'actifs menacés d'exclusion suite aux effets négatifs du chômage de longue durée. L'utilisation de cette notion à un public adulte est en lien avec la mise en évidence d'une corrélation entre

¹⁹ B. Schwartz, 1981, *op. cit.*

²⁰ C. Guitton, 1996, *op. cit.*, p. 193.

²¹ *Ibid.*, C. Guitton, 1996, p. 162.

²² J. Rose, 1986, *op. cit.*, p. 79.

²³ P. Méhaut *et alii*, *La transition professionnelle : les jeunes de 16 à 18 ans*, l'Harmattan, col. Logiques sociales, 1993.

l'installation durable et massive de situations jugées atypiques au regard du modèle dominant de l'emploi et la modification des transitions sur le marché du travail. Si en 1975 dans les trois quarts des cas elles sont d'emploi à emploi, dès le milieu des années 1980 dans plus de 50 % des situations elles sont vers le chômage ou proviennent du chômage. On parle ainsi aujourd'hui de transitions professionnelles pour faire aussi référence aux phases de réinsertion ou de reconversion professionnelle qui organisent l'accès ou le retour à l'emploi des chômeurs, qu'ils soient jeunes ou adultes²⁴. Par la mise en œuvre de ces dispositifs d'insertion, les pouvoirs publics ont contribué de plus en plus à la structuration des phases de transition et ont ainsi participé activement à la construction de trajectoires, c'est-à-dire à un ensemble ordonné d'étapes de vies personnelle ou professionnelle pouvant concerner des groupes sociaux aussi bien que des personnes²⁵. On constate, du fait notamment de ces dispositifs publics, une augmentation des mobilités (alternatives de périodes de chômage et d'emploi) et une diversification des trajectoires individuelles qui remettent en cause les représentations associées aux transitions professionnelles héritées des années de croissance²⁶. À posteriori, trois mutations dans la gestion des trajectoires des demandeurs d'emploi apparaissent²⁷ : la multiplication des transitions et l'individualisation des trajectoires ; l'apparition, voire l'institutionnalisation, de certaines phases de transition ; enfin, une difficulté croissante à bien saisir les transitions dues à la diversification des situations et le brouillage de leurs frontières.

Ainsi, considérés dans les années 1980 comme ponctuels et provisoires, la multiplication, puis la pérennisation de ces dispositifs d'insertion constitue aujourd'hui l'espace de marchés transitionnels du travail²⁸ dans lesquels évoluent ceux qui ne parviennent pas à s'intégrer de façon stable dans l'emploi marchand. Pris dans leur ensemble, ces dispositifs viennent compléter l'absence du statut de salarié qui devait découler du plein emploi en gérant « une pépinière de statuts hybrides »²⁹ situés entre la formation, l'emploi, l'assistance et le chômage³⁰.

²⁴ J. Gautié, « Transitions et trajectoires sur le marché du travail », Noisy-Le-Grand, Centre d'Etudes de l'Emploi, *Quatre Pages* n° 59, 9/2003, p. 1.

²⁵ B. Gazier, « Marchés du travail et transitions », Session 1 *Prévenir l'exclusion et faciliter l'insertion*, Symposium France/OIT 2002.

²⁶ Ce constat (statuts variés du chômage) a notamment conduit en 1995 à modifier les règles de classement des personnes sur la liste des demandeurs d'emploi, en créant des catégories statistiques nouvelles (les catégories 6, 7 et 8), destinées à prendre en compte le cas des chômeurs qui exercent par ailleurs une activité réduite ou occasionnelle.

²⁷ J. Gautié, 2003, *op. cit.*, p. 1.

²⁸ La notion de marché transitionnel du travail a été développée au plan théorique par G. Schmid et reprise en France par B. Gazier « le plein emploi est-il possible ? Les marchés du travail transitoire en tant que nouvelle stratégie pour l'emploi », *Travail et emploi*, n° 65, 1995, p. 5- 17. Il applique à des périodes transitoires (sorte d'entre-deux) vers l'emploi au cours desquelles le temps de travail diverge par rapport à la norme dominante (emploi à temps plein à durée indéterminée) : transition entre chômage partiel ou travail à temps partiel et travail à temps plein, ou entre activité salariée et activité non salariée (travail indépendant) ou une combinaison de ces deux cas de figure ; transition entre chômage et emploi ; transition entre formation initiale ou continue et emploi ; transition entre activités domestiques/privées et emploi ; transition, enfin, entre emploi et retraite.

²⁹ R. Castel et J-F Lae, « La diagonale du pauvre », in *Le revenu minimum d'insertion – une dette sociale*, Dir. R. Castel et J-F Lae, L'Harmattan, Logiques sociale, Paris, 1992, p. 16.

➤ *Le changement de paradigme des politiques sociales*

L'apparition des dispositifs d'insertion dans la politique de l'emploi s'est accompagnée d'un changement dans la conception des politiques sociales : alors que ces dernières se sont stabilisées avec l'État providence autour du couple *risque social–ayant-droit*, fondé sur le paradigme du risque et de la responsabilité sociale ; elles sont structurées depuis les années 1980 à partir du couple *insertion–exclusion*³¹. Cette mutation intervient au moment où l'augmentation du chômage et la multiplication des situations de précarité qui en découlent font vaciller la croyance dans les mécanismes de l'assurance sociale au fondement de l'État-providence. L'interrogation sur la cohésion sociale, pourtant constitutive de la société moderne et de la sociologie, qui avait été mise entre parenthèse pendant les années de croissance, est revenue en force avec la crise économique et ses effets sociaux. Désormais, les questions que doivent résoudre les politiques sociales ne sont plus à la périphérie mais au cœur même de la société. Comme le souligne R. Castel, depuis les années 1980 « on observe un double mouvement : 1) une mise en état d'instabilité à travers le chômage massif et la précarisation croissante des conditions de travail, de groupes qui avaient été tout à fait intégrés. 2) une difficulté croissante à entrer dans des rapports réglés de travail et à tirer parti des formes de socialisation qui y étaient associées. »³² Un processus fluide de mise « hors jeu » se développe qui touche tous les groupes sociaux auquel l'inscription dans les statuts protecteurs fondés sur l'ouverture de droits standardisés se montre incapable d'y répondre efficacement³³. L'apparition du couple insertion-exclusion résulte essentiellement de l'émergence d'un « entre-deux » qui brouille la distinction ancienne entre ceux qui relèvent de l'assistance et ceux qui peuvent bénéficier des dispositifs de protection du revenu liés à leur emploi³⁴. Pour S. Wuhl, l'introduction de la notion d'insertion comme priorité de l'action publique « exprime l'idée d'une transformation dans la problématique du social, suscitée par le passage d'un univers stabilisé à un univers beaucoup plus aléatoire. »³⁵ Dans un contexte où la tendance est à une forme de pénurie d'emplois et au développement de formes d'emploi courtes et flexibles, les conventions privées entre employeurs et salariés ne suffisent plus à garantir au plus grand nombre des perspectives d'intégration durable. Pour éviter la diffusion du risque d'exclusion lié à un appareil productif très sélectif vis-à-vis d'un grand nombre d'actifs, c'est à la collectivité de suppléer à

³⁰ Au cours de la première moitié des années 1980, les dispositifs d'insertion (que ce soit en entreprise ou dans le secteur non marchand) ont emprunté le cadre juridique du statut de stagiaire de la formation professionnelle.

³¹ R. Lafore, 1991, *op. cit.*, p.74.

³² R. Castel, « Les marginaux dans l'histoire », in *l'exclusion l'état des savoirs*, dir. S. Paugam, 1996, p. 39.

³³ M. Borgetto, R. Lafore, *Droit de l'aide sociale et de l'action sociale*, Paris, Montchrestien, 1996, p. 309-311.

³⁴ M. Borgetto, R. Lafore, 1996, *op. cit.*, p. 309-311.

³⁵ S. Wuhl, *Insertion, les politiques en crise*, Paris, PUF, sociologie aujourd'hui, 1996, p. XI-XVII.

« la carence des appareils d'insertion et de mobilité traditionnels en offrant la ressource de parcours construits grâce aux agents et aux fonds publics, et qui apportent notamment la garantie d'un revenu continu, fût-il très modeste (RMI, rémunération de stage). »³⁶

Avec l'introduction du couple insertion-exclusion, on peut parler de changement de paradigme sociétal, « c'est-à-dire d'un ensemble de représentations de l'ordre social suffisamment concordantes et stabilisées dans la durée pour que s'organise à l'échelon de la société tout entière une réflexion sur ses fondements et ses modes de régulation. Cela n'implique pas qu'il y ait consensus sur tout (...) mais la référence à l'exclusion, comme menace pour la collectivité, est désormais plus ou moins acceptée par tout le monde. »³⁷ Le changement de paradigme des politiques sociales s'inscrit dans un mouvement plus large de changements qui ont affecté l'État, sa façon d'administrer le territoire, ses modes d'actions, tendanciellement marqués d'un large mouvement de prise en compte de la dimension territoriale depuis le début des années 1980 et les premières lois de décentralisation³⁸.

³⁶ J.-L. Dayan, « Que faut-il attendre des politiques de l'emploi ? », *Revue de l'IRES*, n°18, 1995.

³⁷ S. Paugam, « La constitution d'un paradigme », in *L'exclusion l'état des savoirs*, s/ dir. S. Paugam, Paris, La Découverte, 1996, p. 16.

³⁸ T. Berthet et P. Cuntigh, 2005, *op. cit.* p. 87.

11.3 ANNEXE 4

ORGANISATION INSTITUTIONNELLE DU HANDICAP EN FRANCE

Organisation institutionnelle du handicap en France

Comme toute politique, celle concernant les personnes handicapées repose sur un agencement politco-administratif. Du fait des nombreux problèmes traités, cette organisation repose au niveau central sur l'implication de nombreux ministères et au niveau local sur celle des collectivités territoriales et des services déconcentrés. À tous les niveaux, le secteur associatif est présent.

État central : la définition des grandes orientations¹

Le dispositif institutionnel mis en place par la loi d'orientation du 30 juin 1975 prévoit une organisation de l'action en faveur des personnes handicapées partagée entre : « [art 1] Les familles, l'État, les collectivités locales, les établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations, les groupements, organismes et entreprises publics et privés associent leurs interventions pour mettre en œuvre cette obligation en vue notamment d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables. » La répartition de l'action à mener entre différents acteurs se traduit un grand nombre d'intervenants dans la mise en œuvre de la politique à l'égard des personnes en situation de handicap,

Malgré les lois de décentralisation qui ont conféré aux Conseils généraux l'aide sociale (qui inclut les mesures en faveur des personnes handicapées), l'État reste responsable des orientations nationales de la politique en direction des personnes handicapées et conserve un rôle de coordination des interventions des différents acteurs. La politique en direction des personnes handicapées repose sur l'intervention de plusieurs ministères qui se répartissent la prise en charge du handicap en fonction des secteurs qu'ils ont en charge. Plusieurs ministères préparent et mettent en œuvre la politique du gouvernement dans les secteurs de leur compétence et participent à ce titre à l'insertion des personnes handicapées.

Au niveau de l'État central, le volet emploi des personnes handicapées est dissocié du volet action sociale : la politique générale en direction des personnes handicapées est définie à la Direction générale de l'action sociale (DGAS) dans laquelle existe une sous direction des personnes handicapées ; le volet emploi quant à lui est traité à la Direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle (DGEFP). Il y a donc une forme de répartition des compétences entre le ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées duquel dépend la DGAS et le ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité dont relève la DGEFP.

¹ La présentation qui est faite ici du dispositif en faveur des personnes handicapées est celui qui existe depuis les lois de décentralisation.

➤ *Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées*

Le Ministre « est compétent en matière d'action en faveur des personnes handicapées. »² Il fixe la politique du gouvernement dans les domaines de la protection de la santé, de l'assurance maladie-maternité, de la famille, de la protection de l'enfance et de l'insertion sociale et professionnelle de personnes handicapées. Dans ce dernier domaine, il est assisté d'une Secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées en coordination avec les autres secteurs ministériels concernés. Il est chargé d'élaborer la loi de financement de la sécurité sociale en coordination avec les autres ministères concernés. Les attributions du Ministre sont exercées, par délégation, par la Secrétaire d'État aux personnes handicapées, qui dispose notamment de la DGAS et du délégué interministériel aux personnes handicapées³.

La DGAS est chargée dans le champs du handicap de définir, animer et coordonner la politique de prise en charge, d'intégration sociale, d'aide à domicile et d'aide à l'autonomie des personnes handicapées⁴. La DGAS comprend une sous direction des personnes handicapées qui veille, entre autres, au respect des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements et services qui accueillent ces personnes. La DGAS doit en permanence repérer et mesurer les demandes sociales nouvelles et élaborer les réponses adéquates. En matière de politique du handicap et de politique gérontologique, la DGAS s'attache particulièrement à la coordination des intervenants et à la continuité des prises en charge, deux conditions essentielles pour répondre aux besoins des personnes, dans le souci d'organiser un juste équilibre entre le maintien à domicile et l'accueil en établissement. La DGAS agit également pour une intégration sociale des enfants et des adultes handicapés. D'autres grands dossiers sont ouverts, tels que la protection des personnes les plus fragiles contre les maltraitements ou encore l'organisation de dispositifs relatifs aux modes d'accueil de la petite enfance. La DGAS est au carrefour des relations entre tous les acteurs de l'action sociale. Elle assure une mission d'animation et de régulation de ces relations. Elle travaille régulièrement avec les autres directions, la Direction Générale de la Santé, la Direction de la Sécurité Sociale, la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins,

² Décret 2002-986 du 12 juillet.

³ Décret 2002-987 du 12 juillet 2002.

⁴ Décret 2000-685 du 21 juillet 2000 relatif aux attributions de l'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité. Par ailleurs, la DGAS coordonne les interventions des ministères sociaux en matière de minima sociaux, élabore et veille à l'application de la réglementation relative à l'aide sociale, au revenu minimum d'insertion (RMI), à l'allocation aux adultes handicapés (AAH), à l'allocation de parent isolé (API). Elle assure le suivi financier de ces prestations et participe à leur évaluation. Elle est responsable de la formation des professions sociales, des conditions d'exercice et des règles déontologiques du travail social. Elle élabore la législation relative à la création et au fonctionnement des établissements et services. Elle veille au respect des droits des usagers et des salariés de ces établissements et services. Elle développe de nombreux partenariats avec les collectivités locales, les organismes de protection sociale, les réseaux associatifs. Elle est fortement impliquée dans le travail interministériel, sur les questions de lutte contre les exclusions en matière de santé, d'emploi, de logement, d'éducation, de protection juridique et d'accès aux droits en général.

la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, la Direction de la Politique Médicale, le Service des Droits des Femmes et de l'Egalité, la Délégation Interdépartementale ou Interrégionales à la Formation continue ainsi que la DGEFP, la Direction des Relations au Travail, la Délégation Interministérielles à la Ville et la Délégation Interministérielle à l'innovation Sociale et à l'Economie Sociale. Les relations avec les services déconcentrés (DRASS et DDASS) sont permanentes.

➤ *Le ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité*⁵.

Le ministre définit la politique du gouvernement en matière de travail, d'emploi et de formation professionnelle, d'accidents du travail et de maladies professionnelles d'action sociale, d'intégration et de lutte contre l'exclusion. À ce titre, il est compétent pour impulser la négociation collective entre les partenaires sociaux, déterminer les conditions de travail, mener la politique en faveur des personnes âgées. Il est assisté de plusieurs ministres délégués et secrétaires d'État :

- Ministre délégué à la Parité et à l'Égalité professionnelle.
- Ministre délégué à la Ville.
- Secrétaire d'État aux Personnes âgées.
- Secrétaire d'État à la Lutte contre l'exclusion.

Placée sous l'autorité du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et mise à la disposition des ministres délégués et des secrétaires d'État, la DGEFP est chargée de proposer les orientations de la politique pour l'emploi et la formation professionnelle continue. Elle en construit le cadre juridique en concertation avec les autres départements ministériels et les partenaires sociaux. Elle conduit et coordonne la mise en œuvre des dispositifs et en évalue les résultats. Elle veille à l'inscription de cette politique dans la stratégie européenne pour l'emploi et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Au cœur du service public de l'emploi, dont elle anime les différents réseaux, elle assure la tutelle de l'agence nationale pour l'emploi (ANPE), de l'association nationale pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) et du centre pour le développement de l'information sur la formation permanente (Centre INFFO), qui apportent leur concours à la réalisation de la politique pour l'emploi et la formation professionnelle

La DGEFP comprend une mission *Emploi des personnes handicapées*, chargée en particulier d'animer les programmes départementaux d'insertion des travailleurs handica-

⁵ Le ministère comporte plusieurs directions : Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP) ; Direction de l'animation de la recherche et des statistiques (DARES) ; Direction des affaires générales et de la modernisation (DAGEMO).

pés (PDITH) et les programmes communautaires en direction des personnes handicapées ; la DGEFP assure par ailleurs le secrétariat du Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés. La mission (et non la direction) emploi des personnes handicapées de la DGEFP se définit comme « le lobby interne à la DGEFP, la petite enclave pour titiller les collègues qui mettent en œuvre les politiques d'emploi et de formation professionnelle. »⁶

➤ *Les objectifs de la mission emploi des personnes handicapées sont :*

- Explorer toutes les solutions pour contribuer au développement des activités et des entreprises et accroître l'emploi de qualité, par l'enrichissement de la croissance en emplois et par le développement de l'activité et la création d'emplois ;
- Lutter contre la sélectivité du marché du travail et mener des politiques pour l'accès de tous à l'activité et à l'emploi, par l'accompagnement vers et dans l'emploi des publics les plus fragiles menacés par le chômage de longue durée, et par l'insertion professionnelle des jeunes et le développement des formations en apprentissage et en alternance ;
- Accompagner l'adaptation des entreprises et des salariés à l'environnement socio-économique et valoriser les potentiels humains par trois moyens :
 - l'appui aux branches et aux entreprises dans l'anticipation et l'accompagnement des mutations industrielles et technologiques ;
 - le maintien et le renouvellement des compétences par la formation tout au long de la vie ;
 - la structuration qualitative du marché de la formation professionnelle continue ;
- Participer à la politique communautaire et à la coopération internationale.

Par ailleurs, la DGEFP intervient dans le cadre de la loi de 1987 en vérifiant le taux d'emploi des entreprises assujetties dans le secteur privé et dans le secteur public. Du fait de l'absence de sanction dans le secteur public, l'action de la mission emploi des personnes handicapées est dans ce cadre là de motiver les différents ministères pour embaucher des travailleurs handicapés.

⁶ Entretien avec le chef de la mission Insertion dans l'emploi des personnes handicapées, 2001.

➤ *Les autres ministères impliqués*

La politique relative aux personnes handicapées repose par ailleurs sur l'action d'autres ministères pour assurer l'objectif d'intégration défini dans la loi du 30 juin 1975.

- Le Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche prend en compte l'intégration des jeunes handicapés dans les établissements scolaires et l'université, ainsi que leur formation professionnelle initiale.
- Le Ministère de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer prend en charge les questions relatives à l'accessibilité de la voirie, des transports, et du cadre bâti, pour laquelle une fonction de délégué ministériel à l'accessibilité a été créée fin 1999.
- Ministère de la défense, à travers la Direction des statuts, des pensions et de la réinsertion sociale met en œuvre le droit à la réparation ouvert par les lois du 31 mars 1919 et du 24 juin 1919 sur les pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Par délégation de la Ministre, c'est le Secrétaire d'État aux combattants qui met en œuvre ce droit à la réparation. Pour remplir ses missions, il s'appuie sur l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre (ONAC) et sur la Direction des statuts, des pensions et de la réinsertion sociale (DSSPRS).
- Le Ministère des sports a en charge l'accès des personnes handicapées aux activités physiques et sportives.
- Le Ministère de la culture celui de leur accès aux activités culturelles ;
- Le Ministère de la fonction publique, de la réforme de l'État et de l'aménagement du territoire a en charge l'accès des personnes handicapées aux trois fonctions publiques de l'État.

➤ *Organes étatiques de consultation*

Le dispositif de concertation pour assister l'État dans sa politique en faveur des personnes handicapées repose sur deux structures spécifiques : le Conseil supérieur pour le reclassement des travailleurs handicapés placé auprès du ministre chargé du travail et le Conseil national consultatif des personnes handicapées. Les conseils consultatifs sont chargés d'évaluer la situation du handicap sur le plan national et local dans différents domaines : emploi, éducation, formation professionnelle, accessibilité, transports, tourisme et loisirs. Ils sont composés de représentants des secteurs associatifs, des organismes de protection sociale, des collectivités locales et de l'État.

➤ *Le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées : une instance qui ne remplit pas sa mission*

Le conseil National Consultatif des personnes Handicapées (CNCPH)⁷, institué en application de l'article 1^{er} de la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, par décret n° 84-203 du 22 mars 1984 est conçu pour développer des actions de recherche dans le domaine du handicap ou finançant leur protection sociale ainsi que des organisations syndicales et patronales représentatives. « Le Conseil national peut être consulté par les ministres compétents sur tout projet, programme ou étude intéressant les personnes handicapées. Il peut également examiner, de sa propre initiative, toute question relative à la politique concernant les personnes handicapées. Il remet au ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale avant le 1^{er} octobre de chaque année un rapport sur l'application de la politique intéressant les personnes handicapées. »⁸ Ce Conseil peut organiser des commissions restreintes pour étudier les questions soumises à son examen et entendre toute personne susceptible de l'éclairer dans ces travaux.

Dans les faits, « depuis 1975, les deux réunions annuelles de ce conseil prévues par les textes n'ont pas été régulièrement tenues. En revanche, certaines années, le CNCPH s'est réuni plus souvent. Contrairement à sa mission, il n'a pas émis d'avis, ni produit de rapport annuel. »⁹ La réforme de la loi de 1975 a cependant conduit la CNCPH à émettre quelques avis sur les propositions faites.

Suite à la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, le CNCPH a vu son rôle et sa place consolidés : la loi crée des conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées¹⁰ (CDCPH) dont la mission est de donner un avis « (art. 55) sur les orientations de la politique du handicap dans tous les domaines de la vie sociale et sur les mesures à mettre en œuvre au plan local pour assurer la coordination des interventions de tous les partenaires institutionnels ou associatifs. » L'une des premières missions confiées à ces conseils départementaux est de réaliser, dans un délai de deux ans, « un recensement du nombre de personnes handicapées résidant dans le département et de la nature de leur han-

⁷ Instance consultative, le CNCPH est composé de 47 membres : l'assemblée des Départements de France ; 24 associations représentant les personnes handicapées ; 4 associations œuvrant dans le secteur social ; 3 centres spécialisés dans l'étude des handicaps et des inadaptations ; 5 organismes finançant la protection sociale ; 10 organisations syndicales et patronales représentatives. Ceux-ci sont désignés pour la durée de 3 ans par arrêté interministériel. La composition du Conseil a été renouvelée par arrêté du 14 septembre 1999. L'ADF représentant les conseils généraux figure désormais au nombre des membres du CNCPH.

⁸ Art. 2 du décret n° 84-203 du 22 mars 1984.

⁹ Cour des comptes, 2003, *op. cit.*, p. 66.

¹⁰ Le décret n° 2002-1388 du 27 novembre 2002 (qui organise le CNCPH en confirmant que son secrétariat reste assuré par la direction générale des affaires sociales) fait des conseils départementaux une structure de concertation.

dicap. » Dans ce cadre, le CNCPH « assure la participation des personnes handicapées à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques les concernant (...) veille aux bonnes conditions nécessaires à l'exercice de la fonction de coordination dévolue (...) aux conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées. »¹¹

➤ *Le Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés*

Le Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés donne des avis au ministre sur les mesures publiques et privées de nature à promouvoir la réadaptation fonctionnelle, la rééducation et la formation professionnelle, la réadaptation et le placement professionnels. Il se prononce également sur l'organisation du travail protégé. Il comprend les organisations syndicales de salariés, les organisations professionnelles d'employeurs, les associations de personnes handicapées à caractère national ou gestionnaires d'établissements spécialisés, les départements ministériels intéressés à l'emploi des personnes handicapées, les représentants de l'ANPE, de l'AFPA et de l'AGE-FIPH, des personnalités qualifiées. Ils sont consultés sur la mise en œuvre de la politique d'insertion et de réinsertion professionnelles des travailleurs handicapés.

➤ *Une coordination interministérielle absente...*

Pour assurer l'intersectorialité et la prise en compte des problèmes liés au handicap dans les différents ministères, deux instances nationales ont pour vocation d'assurer la coordination de l'ensemble des administrations concernées par la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes handicapées :

- La mission pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, qui assure un travail de veille par rapport à l'ensemble des politiques qui sont définies à la DGEFP et dont les personnes handicapées sont généralement prioritaires (au même titre que les bénéficiaires du RMI ou les chômeurs de longue durée).
- Toujours dans son article 1^{er}, la loi prévoit que « L'État coordonne et anime ces interventions par l'intermédiaire du comité interministériel de coordination en matière d'adaptation et de réadaptation, assisté d'un conseil national consultatif des personnes handicapées dont la composition et le fonctionnement seront déterminés par décret et comprenant des représentants des associations et organismes publics et privés concernés. – Date d'application : 17 août 1976 (Décr. n° 76-769 du 9 août 1976, art. 1^{er}). » Le

¹¹ Art. 55 de la loi n° 2000-73 introduisant le chapitre VI *Consultation des personnes handicapées* au titre IV du code de l'action sociale et des familles (art. L. 146-1 et L. 146-2).

comité interministériel relatif à la coordination en matière d'adaptation et de réadaptation (décret du 9 septembre 1970) et sa commission permanente ne se sont quasiment jamais réunis depuis 1975, des réunions ont eu cependant lieu du deuxième semestre 1995 au printemps 1997¹². En août 1995, un délégué interministériel est nommé avec pour mission de « coordonner les actions favorisant l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées, notamment dans les domaines de l'intégration scolaire, du maintien à domicile et de l'accessibilité, de l'emploi et la formation professionnelle. »¹³ La Cour des comptes souligne qu'à compter de 1997, ce poste devient moins opérationnel, évolution accentuée du fait la nomination d'une Secrétaire d'État, puis d'une ministre déléguée¹⁴. Le délégué nommé en septembre 2002 déclarait à la Cour qu'il entendait relancer l'interministérialité, principalement sur les dossiers de l'accessibilité, de la scolarisation, du sport et de la culture.

Il convient de souligner que selon les gouvernements, l'animation de la politique en direction des personnes handicapées a bénéficié ou non d'un secrétariat d'État, délégué ministériel.

➤ *La gestion déconcentrée*

La gestion déconcentrée des compétences détenues par l'État est, depuis la loi du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République, réalisée selon les domaines, au niveau de la région ou du département. Elle est confiée, sous l'autorité du préfet, aux services déconcentrés des différents ministères implantés localement. Ces services sont généralement organisés à l'échelon des départements et des régions. Un décret de 1999 vise à améliorer leur efficacité en favorisant la création de délégations inter-services permettant la mise en œuvre d'une coopération entre les services de plusieurs départements ministériels. Les directions régionales sont placées sous l'autorité du préfet de région. Certaines sont communes à différents ministères.

Niveau régional

L'échelon régional est l'échelon de droit commun de la politique de l'emploi et de la formation professionnelle, et donc également de l'emploi et de la formation professionnelle des personnes handicapées, qui constituent des publics prioritaires pour ces politiques. C'est aussi l'échelon de répartition des moyens des COTOREP. Les contrats de plan État-région incluent également dans certains cas des actions spécifiques pour les travailleurs

¹² Cour de comptes, 2003, *op. cit.*, p. 54.

¹³ Décret n° 95-863 du 31 juillet 1995.

¹⁴ Cour de comptes, 2003, *op. cit.*, p. 57.

handicapés. Les DRTEFP délivrent l'agrément des ateliers protégés (sur instruction des DDTEFP) et leur attribuent la subvention annuelle d'accompagnement et de développement. Elles instruisent, en liaison avec les DRASS, les demandes d'agrément des centres de rééducation professionnelle et en assurent le suivi et l'évaluation avec l'appui de l'AFPA. Les DRTEFP définissent les orientations fixées aux structures spécialisées de placement Cap emploi, dans le cadre des comités de pilotage État-AGEFIPH-ANPE que le directeur régional préside, et en évaluent les résultats.

Les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) animent les actions régionales dans le domaine médico-social. À ce titre, leurs missions comprennent notamment l'observation et l'analyse des besoins, la planification et la programmation du secteur médico-social des personnes handicapées ainsi que la répartition des crédits affectés à ce secteur. Elles coordonnent leur action avec celles des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

Niveau départemental

Les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales, placées sous l'autorité du préfet de département, sont chargées de la mise en œuvre, au niveau départemental, des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales définies par les pouvoirs publics. À ce titre, leurs missions comprennent notamment la mise en application des politiques d'intégration, d'insertion et de solidarité, la tutelle et le contrôle des établissements et services médico-sociaux pour les personnes handicapées. Elles élaborent également, le cas échéant en liaison avec les conseils généraux, des schémas départementaux pour la prise en charge et l'insertion des personnes handicapées. Elles assurent le pilotage des CDES conjointement avec les inspections académiques, et celui des COTOREP conjointement avec les DDTEFP.

Les directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ainsi que les inspections académiques ont en charge des attributions comparables pour l'emploi et la scolarisation. Elles assurent le suivi de l'obligation d'emploi posée par la loi du 10 juillet 1987 à l'égard des entreprises de 20 salariés et plus. Elles assurent le fonctionnement des COTOREP. Elles mettent en œuvre et pilotent, par délégation du préfet, les programmes départementaux d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH) et gèrent les crédits délégués par l'État à cet effet.

Gestion décentralisée

Depuis les lois de décentralisation de 1983, les collectivités territoriales (départements, régions, communes et groupements de communes) ont des compétences en matière d'aide sociale à l'enfance et aux personnes handicapées.

Les régions

Concernant le handicap, la région intervient plus particulièrement sur les politiques de l'emploi, qui constitue l'un de ses champs de compétence générale. Par l'intermédiaire des contrats de plan État-région, les régions peuvent intervenir en ce qui concerne les crédits d'investissement des établissements ou les crédits de formation des travailleurs handicapés.

➤ *Les départements*

La répartition des compétences issue des lois de décentralisation (loi n°83-63 du 22 juillet 1983) confie au département l'aide sociale, c'est-à-dire :

- l'ensemble de l'Aide sociale à l'enfance (ASE).
- pour les personnes handicapées, l'Aide à domicile (AD), l'Aide à l'hébergement en foyer (AHF) et l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP).

Par ailleurs, le conseil général vote le règlement départemental de l'action sociale qui fixe les conditions et le montant des prestations versées par le département. Il adopte le schéma départemental des établissements sociaux et médico-sociaux et fixe les tarifs des foyers d'hébergement. Il est compétent pour l'aide à domicile, l'hébergement, et l'allocation compensatrice.

Les maisons départementales du handicap

Afin de simplifier les démarches des personnes handicapées et dans un souci de plus proximité, la loi sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées de 2005 prévoit la création dans chaque départements d'une « maison départementale du handicap¹⁵ ».

Ces maisons fonctionneront selon un logique de « guichet unique » auprès duquel toute personne handicapée doit bénéficier des services d'accueil, d'information et du conseil dont elle pourrait avoir besoin.

¹⁵ Un amendement du rapporteur Jean-François Chossy (UMP) a supprimé de facto une disposition introduite par les sénateurs qui conférait aux maisons départementales un statut de GIP (groupement d'intérêt public).

Elle déposera une demande et recevra, après instruction et évaluation de sa situation, la décision relative à ses besoins de compensation au regard de son projet personnel de vie.

- Un interlocuteur unique prendra en charge les démarches complexes imposée aujourd'hui à la personne ou à sa famille.

- Une commission unique sera constituée au sein de la maison départementale du handicap. Elle assurera les missions dévolues aujourd'hui aux CDES et COTOREP.

- Un site unique qui intégrera également les attributions des sites de la vie autonome et interviendra à ce titre pour aider à la mise en œuvre des prestations extra légales.

La création des ces « maisons » a commencé à être mise en œuvre dès la fin de l'année 2005.

➤ *Les communes ou groupement de communes*

Les services sociaux des mairies donnent des indications sur les prestations et les actions dont peuvent bénéficier les enfants ou les adultes handicapés. Ils donnent aussi des renseignements pratiques sur la vie quotidienne, l'accessibilité des services ou des lieux publics et les possibilités de déplacement pour les personnes à mobilité réduite. Par ailleurs, la commune peut intervenir au titre de l'aide sociale facultative, par exemple pour un complément de financement d'aides techniques ou le portage de repas à domicile ou les aides ménagères.

De nombreuses communes disposent de Centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS, CIAS), qui sont des établissements publics communaux ou intercommunaux gérés par un conseil d'administration. Leurs attributions consistent notamment à instruire les demandes d'aide sociale et à conduire une action sociale de prévention et de développement social pour la population qui relève de leur ressort territorial, notamment en direction des personnes handicapées (création et gestion de foyers d'accueil, deCAT, de services à domicile par exemple). La majorité des CCAS sont fédérés au sein de l'UNC-CAS. Par ailleurs, l'Association des maires de France dispose en son sein d'une Commission sociale.

Le rôle du secteur associatif

Comme on l'a vu dans la première partie, le mode gestion du handicap s'organise autour de trois pôles : l'État, le secteur privé et les professionnels. Regroupant majoritairement des personnes handicapées ou leurs familles et amis, les associations constituent des interlocuteurs à tous les niveaux des pouvoirs publics. Toutes les formes d'organisation sont utilisées : association nationale, fédération, union d'associations locales. Certaines associations sont regroupées dans le cadre du *Comité d'entente des associations représentatives de personnes handicapées et de parents d'enfants handicapés*. Il s'agit d'un regroupement informel de plusieurs dizaines d'associations dont 59 organisations nationales en 2001¹⁶. Cette instance permet aux associations de définir une stratégie commune vis-à-vis des différents financeurs du handicap. Plus largement, il constitue un interlocuteur privilégié de l'État.

La place des associations dans le champ du handicap est historiquement prépondérante. Elles ont eu un rôle important dans la prise en charge des besoins des personnes handicapées, action reconnue auprès des pouvoirs publics. Elles ont largement suppléé les carences du système de prise en charge des personnes handicapées en développant des structures spécifiques. Généralistes ou particulières à un handicap spécifique, certaines d'entre elles, en complément de leurs actions de lobbying ou revendicatives, gèrent des établissements et services au profit de leurs membres et des personnes handicapées ou leurs familles. Certaines associations ont une place importante dans le secteur du travail protégé : l'APF et l'UNAPEI gèrent à elles deux 40 % des CAT et plus de la moitié des capacités d'accueil des 1 200 CAT, ainsi que plus du quart des 465 ateliers protégés et près du tiers des places¹⁷. De cette forte présence, les associations ont acquis une place importante dans l'offre de prestation en faveur des personnes handicapées¹⁸.

Avec la décentralisation et le développement des politiques contractuelles, les associations vont devenir partenaire de l'action publique : elles sont désormais associées à la décision publique de plusieurs façons et jouent un rôle important dans les actions conduites en faveur des personnes handicapées. Afin d'améliorer la qualité des relations entre l'État et les associations, la DGAS a mis en place une instance consultative – le comité des engagements – afin de définir une politique cohérente vis à vis des associations. La DGAS a vocation à financer des actions nationales et singulièrement à subventionner les différents organismes et associations assurant la représentation des personnes handicapées et la dé-

¹⁶ Ses huit porte-parole sont, l'APF, l'APAJH, le CLAPEAHA, le CNPSAA, la FFAIMC, le GIPH, l'UNAFAM et l'UNAPEI.

¹⁷ Cour des comptes, 2003, *op. cit.*, p. 63.

¹⁸ En 1998, les établissements gérés par des organismes privés formaient 89,9 %* du total des établissements accueillant des personnes handicapées. * :associations 86,2% ; fondations 1,4 % ; congrégations 0,5 % ; autres organismes 1,8 %.

fense de leurs intérêts, et participant aux actions visant à promouvoir leur intégration sociale, des crédits sont inscrits au chapitre 46-35 article 10 du ministère chargé des Personnes handicapées¹⁹. Les relations de la DGAS avec les associations représentatives des personnes handicapées sont établies par la signature d'une convention annuelle ou pluriannuelle fixant le montant de la subvention, les orientations et les programmes d'études ou les projets des associations.

Sur le volet insertion professionnelle, elles sont associées à la décision publique via leur participation au conseil d'administration de l'AGEFIPH. Ainsi, les associations traditionnellement de revendication sont passées d'une position classique de contestation ou de consultation à celle d'une implication dans l'élaboration et le suivi de projets²⁰.

¹⁹ Les associations font l'objet d'une convention annuelle lorsque le montant de la subvention allouée dépasse un montant fixé par la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations. Ce montant a été fixé à 23 000 € par un décret du 6 juin 2001. En deçà, un arrêté fixe le montant et les conditions d'attribution de la subvention.

²⁰ J.-P. Gaudin, *Les Nouvelles Politiques urbaine*, Paris, PUF, 1993, p. 79, cité par J. de Maillard, 2002, *op. cit.*, p. 57

11.4 ANNEXE 5
LE BUDGET DU HANDICAP EN FRANCE

Le Budget du handicap en France

Comme le souligne P. Blanc, « l'enchevêtrement des compétences a inévitablement d'importantes répercussions financières : le maquis des financements croisés est aujourd'hui tel qu'il est impossible d'évaluer avec précision l'ensemble des dépenses de la Nation effectuées dans le cadre de la politique du handicap. »¹ En dépit de l'importance des masses financières, le financement du handicap demeure particulièrement opaque. À titre d'exemple, en 1993, la Cour des comptes indique que « selon une estimation officieuse mais vraisemblable émanant du secrétariat d'État aux handicapés, l'ensemble des dépenses de l'État, des organismes de sécurité sociale et des collectivités locales aurait été, en 1992 de l'ordre de 115 milliards de francs. »² Si la Cour des comptes donne des éléments permettant de retracer dans les grandes lignes l'évolution du budget de l'État consacré à la politique d'intégration des personnes handicapées, ces éléments comportent une marge d'incertitude.

Les dépenses de l'État liées au handicap

La Cour des comptes propose une estimation du budget de l'État en retenant les lignes clairement individualisées en faveur d'enfants ou d'adultes en situation de handicap. Le périmètre retenu, s'agissant des adultes, est celui de la liste des bénéficiaires de l'obligation d'emploi instituée par l'article L. 323-3 du code du travail³, qui traite de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, mutilés de guerre et assimilés. Les dépenses de l'État consacrées au handicap – ainsi délimitées – ressortiraient à 9,28 M€ en 2001. Dans le domaine du handicap, les compétences de l'État se limitent au financement :

- de l'allocation aux adultes handicapés ;
- des frais d'hébergement, d'entretien et de formation professionnelle des personnes handicapées dans les établissements de rééducation professionnelle ;
- des frais de fonctionnement des centres d'aide par le travail ;
- des cotisations d'assurance maladie des adultes handicapés.

¹ Rapport n° 369 du Sénat : *La politique de compensation du handicap : le temps de la solidarité* établi par M. Paul Blanc, membre de la commission des affaires sociales, juillet 2002, p. 38.

² Rapport au Président de la République sur les politiques en faveur des personnes handicapées adultes, novembre 1993.

³ Il s'agit notamment : des travailleurs reconnus handicapés par la COTOREP ; des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ; des titulaires d'une pension d'invalidité à condition que l'invalidité réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ; des anciens militaires et assimilés, titulaires d'une pension militaire d'invalidité.

➤ *Moyens des services et investissements exécutés par l'État*⁴

Les dépenses réalisées sur le titre 3 des différents budgets s'élèvent à 58,26 M€. Elles concernent notamment l'allocation d'éducation spéciale (AES) versée aux fonctionnaires (14,37 M€), ainsi que différentes dépenses d'action sociale en leur faveur (allocations, aides aux enfants handicapés, allocations aux étudiants infirmes, aménagement de postes pour les personnes handicapées, aides à l'insertion des personnes handicapées : 25 M€). L'État accorde aussi des subventions de fonctionnement aux instituts nationaux de jeunes sourds et de jeunes aveugles (11,97 M€) et à l'Institution nationale des invalides (6,83 M€).

Au titre 5 du budget des services généraux du premier ministre, le fonds interministériel pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique a été doté de 0,30 M€.

Dépenses d'intervention

Le titre 4 regroupe 99,3 % des dépenses consacrées aux personnes handicapées : 9,22 M€. Trois budgets décrivent l'essentiel de ces dépenses d'intervention : celui de la santé et de la solidarité (5 529 M€), celui des anciens combattants (2 762 M€), et celui de l'emploi (922 M€)⁵.

Le budget de la santé et de la solidarité est celui qui contribue le plus aux dépenses en faveur des personnes handicapées par le versement de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) qui représente 4,10 M€, soit 44,5 % des dépenses d'intervention de l'État en ce domaine. Il finance également le fonctionnement des centres d'aide par le travail (1,02 M€), les dépenses relatives à la tutelle et à la curatelle d'État (116,21 M€) ainsi que le fonds spécial d'invalidité (242,75 M€) qui paye l'allocation supplémentaire versée à certaines personnes invalides en complément d'une pension d'invalidité. Il verse en outre diverses allocations et aides sociales aux personnes handicapées (53,62 M€).

L'essentiel des dépenses du budget des anciens combattants concerne les pensions d'invalidité et allocations spéciales des grands invalides versées aux invalides eux-mêmes ainsi qu'à leurs ayants cause : 2,46 M€, soit 26,7% du total des dépenses d'intervention. L'État assure gratuitement les soins médicaux aux titulaires d'une pension d'invalidité (91,63 M€)⁶.

⁴ Cour des comptes, 2003, *op. cit.*, p. 36 et sv.

⁵ Le budget des affaires étrangères retrace pour sa part les dépenses d'assistance à l'étranger aux personnes handicapées (4,87 M€) et celui du ministère de l'enseignement supérieur les frais de transport d'étudiants handicapés (1,49 M€).

⁶ Ce budget finance aussi le régime particulier de sécurité sociale des pensionnés de guerre – invalides de guerre (196,72 M€). Les autres dépenses comprennent notamment l'appareillage des mutilés (8,74 M€) et des frais d'hospitalisation pour maladie mentale (2,99 M€).

➤ *Budget de l'emploi des personnes handicapées*

Les dépenses constituées par la garantie de ressource (883,79 M€), représente quasiment la totalité des dépenses du budget de l'emploi en faveur des travailleurs handicapés. Les autres dépenses correspondent aux subventions aux ateliers protégés et centres de distribution du travail à domicile, et aux mesures en faveur de l'emploi des personnes handicapées dont l'essentiel est constitué par les programmes départementaux d'insertion des travailleurs handicapés. Il faut cependant noter que l'effort financier de l'État en faveur de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés inclut aussi la part des dispositifs d'aide à la formation et à l'emploi (rémunération des stagiaires de la formation professionnelle, emplois aidés) mobilisée au profit des personnes handicapées qui forment un des publics prioritaires pour ces mesures ; cette part ne peut pas être isolée au plan budgétaire. À titre d'illustration, en 2001, 73 234 contrats aidés par l'État ont été conclus au bénéfice des personnes handicapées : contrats initiative emploi (CIE), contrats emploi solidarité (CES), contrats emploi consolidé (CEC). Ce type de financement n'apparaît pas dans les données qui suivent. Comme on le verra plus loin, cette absence de lisibilité de l'investissement financier de l'État dans l'insertion professionnelle des personnes handicapées contribue à minorer – auprès des acteurs de terrain – son rôle dans la politique de l'emploi de personnes handicapées.

Dépenses de l'État liées au handicap en 2001⁷

	(en milliers d'euros)
Financement de l'AAH	4 097 067
Pensions d'invalidité et allocations spéciales des grands invalides	2 455 713
Centres d'aide par le travail	1 019 603
Garantie de ressources	833 791
Fonds spécial d'invalidité	242 749
Financement du régime de Sécurité sociale des pensionnés de guerre invalides de guerre	196 727
Tutelle et curatelle de l'État	116 208
Soins médicaux aux titulaires d'une pension d'invalidité	91 637
Ateliers protégés, centres de distribution du travail à domicile	30 131
Autres actions	86 984
<i>S/Total dépenses d'intervention publiques</i>	<i>9 220 610</i>
AES versée aux fonctionnaires	14 372
Subventions de fonctionnement pour les établissements pour jeunes sourds et aveugles	11 967
Subventions de fonctionnement pour l'Institution nationale des invalides	6 831
<i>S/Total dépenses de personnel et de fonctionnement</i>	<i>60 530</i>
Subventions d'équipement pour les établissements pour enfants et adultes handicapés	4 258
Subventions d'équipement pour les établissements pour jeunes sourds et aveugles	1 877
<i>S/Total dépenses d'investissement</i>	<i>6 135</i>
TOTAL	9 287 275

Ce tableau présente des limites évidentes dans la mesure où il ne prend en compte que les dépenses identifiables au travers d'une ligne budgétaire spécifique.

⁷ Source : « La vie avec un handicap », 2003, op. cit., p. 42.

Les dépenses des collectivités territoriales

➤ *Les régions*

L'extraction faite par la direction générale de la comptabilité publique du fichier des dépenses des régions, sur les chapitres « interventions sociales » et « services sociaux », fait ressortir un montant de dépenses d'intervention des régions au profit des services sociaux pour les personnes handicapées de 16,42 M€.

➤ *Les départements*

Le montant des dépenses effectuées, en 2000 et 2001, au profit des personnes handicapées par les départements a été extrait par la direction générale de la comptabilité publique du fichier des dépenses d'action sociale. Les montants obtenus sont cohérents avec ceux qu'a indiqués la direction générale des collectivités locales du ministère de l'intérieur qui reçoit communication des budgets exécutés de l'ensemble des départements.

L'aide aux personnes handicapées constitue, en effet, l'une des rubriques des dépenses d'action sociale obligatoire à la charge des conseils généraux. Pour l'ensemble des départements français, elle représente 23,9 % des dépenses sociales obligatoires en 2001.

Les dépenses en faveur des personnes handicapées s'élèvent en 2001 à 3,23 M€ en fonctionnement et à 148,89 M€ en équipement soit autotal 3,38 M€ (3 378,89 M€).

➤ *Les communes*

Le montant des dépenses des communes en faveur des personnes handicapées a été obtenu par extraction du fichier de dépenses des communes de plus de 3 500 habitants dans la rubrique « services à caractère social pour personnes handicapées et inadaptées » de la nomenclature. En 2001, les dépenses ont été de 12,04 M€ en fonctionnement et 4,42 M€ en investissement, soit un total de 16,46 M€.

Un budget global incomplet

Il n'est actuellement toujours pas possible d'accéder à des données financières qui rendent compte de l'ensemble des financements publics participant à la politique en faveur de l'intégration des personnes handicapées. À l'occasion de la présentation au CNCPPH du

plan en faveur des personnes handicapées 2001-2003 le 25 janvier 2000, il était fait état d'un « budget social du handicap » estimé à « près de 160 MdF » (24,4 M€)⁸ :

- 7,32 M€ de l'État;
- 7,47 M€ de la sécurité sociale⁹ ;
- 2,29 M€ des départements ;
- 7,32 M€ « divers » (dont les pensions militaires d'invalidité et les rentes d'accident du travail).

P. Blanc souligne que cette estimation est, depuis lors, régulièrement reprise et semble devenue la référence en la matière : ainsi, M. Vincent Assante n'a pas manqué de la reprendre telle quelle dans son rapport précité au Conseil économique et social¹¹.

L'évaluation faite du budget public pour 2001 est le suivant

Effort public en faveur des personnes en situation de handicap (2001)	
<i>Auteurs de la dépense</i>	Montant <i>(en millions d'euros)</i>
État	10 088
Dépenses budgétaires	9 287
Dépenses fiscales	801
➤ <i>Collectivités territoriales</i>	3 412
❖ Régions	16
❖ Départements	3 379
❖ Communes	16
➤ <i>Organismes de Sécurité sociale</i>	12 293
❖ Etablissements médico-sociaux	5 050
❖ Prestations	7 137
❖ Action sociale	106
➤ <i>Agefiph</i>	412
TOTAL	26 205

Source : Cours de comptes 2003 « La vie avec un handicap », p. 47

⁸ Dossier de presse remis le 25 janvier 2000, p. 36 (« chiffres-clés. Les personnes handicapées : données sociales »)

⁹ Centres d'aide par le travail (CAT) : 0,99 Md€ ; garantie de ressources des travailleurs handicapés (GRTH) : 0,76 Md€ ; allocation aux adultes handicapés (AAH) : 3,89 Md€ ; allocation d'éducation spéciale (AES) : 0,29 Md€ ; action sociale : 1,39 Md€.

¹⁰ Invalidité – régime général : 2,44 Md€ ; établissements : 5,03 Md€.

¹¹ « Situation de handicap et cadre de vie » par M. Vincent Assante : avis adopté par le Conseil économique et social le 15 septembre 2001.

Il faut noter que la contribution de l'État est supérieure à celle qui ressort du tableau : par le jeu de différents mécanismes de péréquation et de subventions, une part des budgets des collectivités territoriales est financée par lui ; d'autres dépenses en faveur des personnes handicapées (éducation spéciale, recherche, aide à l'emploi, etc.) ne font pas l'objet de lignes budgétaires spécifiques, et n'apparaissent donc pas dans ce tableau synthétique.

La plupart des composantes de cet effort public se sont accrues rapidement au cours de la période récente. De 2000 à 2001, la progression a été de 12,7 % pour les départements, de 28 % pour les communes, de 8,2 % pour l'allocation d'éducation spéciale et l'allocation de présence parentale, de 6,5 % pour les versements aux établissements médico-sociaux, de 5,5 % pour les prestations légales du régime général au titre de l'invalidité et des accidents du travail. Elle a été de 7 % par an pour les dépenses fiscales de 1999 à 2002.

Des comptes qui font apparaître une diminution du budget de l'État :

Evolution des prestations sociales consacrées au handicap selon la catégorie de financeur				
	1995		2001	
	En millions d'euros	En %	En millions d'euros	En %
État	5 586	26,3 %	6 407	25 %
Sécurité sociale	13 689	64,5 %	16 652	65,1 %
Départements	1 964	9,2 %	2 541	9,9 %
Total	21 238	100 %	25 600	100 %

Source : commission des Affaires sociales (sur la base des comptes de la protection sociale)¹²

Si la part de l'État tend à diminuer, deux causes principales viennent éclairer cette évolution : d'une part, ce sont justement des dépenses à la charge de la sécurité sociale et des départements – les prestations relatives à la prise en charge en établissement – qui ont le plus augmenté entre 1995 et 2001 : + 34 % contre + 20 % en moyenne pour l'ensemble des dépenses. D'autre part, l'État bénéficie de la diminution sensible du poids des pensions militaires d'invalidité qui représentaient encore près du tiers de ses financements consacrés au handicap en 1995. Les dépenses relatives à ces pensions ont ainsi diminué de 19 % entre 1995 et 2001.

¹² Cité par P. Blanc, 2001-2002, op. cit., p. 44.

En quinze ans, l'effort que la Nation a consenti en faveur des personnes handicapées a progressé moins vite que la richesse nationale, il est passé de 2,1 % à 1,7 % du PIB en 2001, soit une diminution de 0,4 % par rapport à 1985. L'État assume 25 % de cet effort, la sécurité sociale 65 %, et les départements 10 %.

11.5 ANNEXE 6

**MESURES REGLEMENTAIRES EUROPEENNES POUR L'EMPLOI DES PERSONNES
HANDICAPEES**

Mesures réglementaires européennes pour l'emploi des personnes handicapées

Presque tous les États membres de l'UE, ainsi que la Norvège, ont une législation concernant la discrimination fondée sur le handicap et/ou des lois spécifiques qui régissent les divers aspects de l'emploi des personnes handicapées.

La discrimination au travail en raison de handicap est explicitement interdite par les constitutions de cinq pays - Finlande, Grèce, Italie, Portugal et Espagne. Des lois spécifiques interdisent une telle discrimination dans un certain nombre de pays, soit dans le cadre d'une législation générale contre la discrimination, comme au Danemark et en Irlande, ou par le biais d'une législation spécifique, comme en France, en Espagne, en Suède et au Royaume-Uni (une législation de ce type est actuellement envisagée aux Pays-Bas et en Norvège).

La plupart des pays considérés ici ont introduit des lois spécifiques qui comprennent différentes mesures relatives à l'intégration professionnelle des handicapés, concernant surtout les questions de quotas d'emploi, de protection contre le licenciement et, dans une moindre mesure, de réglementation des salaires.

Un système de placement obligatoire (quota) pour le recrutement des travailleurs handicapés dans le secteur privé et/ou public est imposé par le biais de la législation en Autriche, en Belgique, en France, en Allemagne, en Grèce, en Italie, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Espagne. Ce système de placement obligatoire varie d'un pays à l'autre selon différents critères, tels que le niveau du quota, et la taille de l'entreprise et/ou le secteur d'emploi auquel il s'applique. Dans des pays tels que l'Autriche, la France, l'Allemagne, le Luxembourg et l'Espagne, une taxe est imposée aux employeurs qui ne respectent pas le quota. De plus, dans trois pays - Autriche, Allemagne et Luxembourg - les employeurs peuvent aussi être condamnés à payer une amende s'ils ne respectent pas l'obligation d'employer des personnes handicapées. Au Luxembourg, si les employeurs recrutent plus de travailleurs handicapés que le niveau rendu obligatoire par la loi, ils ont droit à certaines exemptions des cotisations sociales et, en Autriche, les employeurs qui forment des personnes handicapées, reçoivent des paiements équivalant aux prélèvements compensateurs qu'ils devraient payer par ailleurs s'ils manquaient de respecter le quota. Des franchises fiscales ainsi que d'autres mesures d'incitation financières pour les employeurs qui recrutent des personnes handicapées, ont également été introduites dans certains autres pays, mais leur application n'est pas prévue par la loi (voir ci-dessous "Autres interventions sur le marché du travail"). L'Irlande et le Portugal ont également introduit des systèmes de quota pour l'emploi des personnes handicapées, mais ces systèmes ne sont pas régis par la loi (voir ci-dessous "Autres interventions sur le marché du travail").

Des règles spéciales sur la protection des travailleurs handicapés contre le licenciement sont stipulées de façon explicite dans la loi, en Autriche, en France, en Allemagne, en Espagne, en Suède et au Royaume-Uni. Par exemple, en Autriche, le licenciement des salariés handicapés exige l'approbation d'une commission régionale sur le handicap, après consultation du comité d'entreprise.

Dans les pays considérés, il n'y a pas, en général de réglementation spécifique concernant la rémunération des travailleurs handicapés. Au Danemark, un arrêté sur la "compensation aux personnes handicapées occupant un emploi" vise à assurer que les personnes handicapées puissent rester sur le marché du travail en bénéficiant des conditions ordinaires de rémunération et d'emploi, par l'intermédiaire d'une subvention salariale. En Autriche et en Irlande, la législation précise que le salaire payé aux travailleurs handicapés ne doit pas être réduit en raison de leur handicap. En Allemagne, la loi sur les personnes gravement handicapées (voir encadré 1 ci-dessous) stipule que les travailleurs handicapés doivent percevoir les mêmes salaires que les autres, et une subvention salariale est prévue à cet effet. De surcroît, cette loi fait explicitement référence à la réglementation du temps de travail des salariés handicapés. Une contribution publique à la rémunération des salariés handicapés est également imposée par la loi au Luxembourg et en Espagne. D'autres pays prévoient également des subventions salariales pour les salariés handicapés, mais celles-ci ne sont normalement pas régies par la loi (voir ci-dessous "Autres interventions sur le marché du travail").

Outre les mesures réglementaires précitées, certains pays ont introduit différentes dispositions concernant l'aménagement des postes de travail, la formation et d'autres subventions, ainsi l'aide en nature en faveur des handicapés. Ces dispositions ne sont régies par la loi que dans quelques pays, notamment le Portugal. Dans d'autres pays - comme l'Allemagne, l'Irlande, le Luxembourg, l'Espagne, la Suède et le Royaume-Uni - les mesures concernant l'aménagement des postes de travail et/ou la formation et promotion au travail pour les salariés handicapés sont également incluses dans la législation. Au Luxembourg et en Allemagne, un congé annuel supplémentaire est prévu pour les salariés handicapés. Le tableau 1 ci-dessous présente brièvement les principaux éléments des dispositions réglementaires concernant l'emploi des personnes handicapées dans les 16 pays.

Tableau 1. Dispositions réglementaires concernant l'emploi des personnes handicapées

Pays	Législation sur l'emploi des personnes handicapées
Autriche	La loi sur l'emploi des personnes handicapées (BEEinstG) comprend des dispositions sur: un système de placement obligatoire, incluant des aides et des amendes pour les employeurs, la protection contre le licenciement et des garanties salariales. Dans les entreprises employant plus de cinq travailleurs handicapés, ces salariés peuvent choisir un représentant du personnel spécial, chargé de défendre leurs intérêts et de contrôler la conformité aux dispositions juridiques.
Belgique	L'article 21 de la loi du 16 avril 1963 concernant la réinsertion des handicapés sur le marché du travail établit un système de quota pour l'emploi des personnes handicapées dans les secteurs privé et public.
Danemark	La législation générale interdisant les discriminations mentionne la discrimination fondée sur le handicap. Un arrêté sur la compensation aux personnes handicapées occupant un emploi vise à donner aux handicapés une forme de compensation leur permettant de rester sur le marché du travail en bénéficiant des conditions ordinaires de salaire et d'emploi; une subvention salariale est prévue à cet effet.
Finlande	En 1995, la Constitution a été amendée de façon à inclure une clause anti-discriminatoire sur l'égalité de traitement à l'égard des personnes handicapées, stipulant que personne ne doit se voir attribuer un statut différent en raison de son état de santé ou de son handicap. Un employeur ne doit pas placer un salarié ou un demandeur d'emploi dans une position désavantageuse par rapport à d'autres, pour une raison médicale qui ne l'empêche pas de faire le travail en question. Les employeurs qui agissent de la sorte - dans l'annonce du poste, la sélection des candidats ou l'établissement des conditions de travail - sont passibles d'une amende ou d'une peine de prison allant jusqu'à six mois.
France	La loi du 10 juillet 1987 fixe un quota d'emplois réservés pour les travailleurs handicapés dans les établissements des secteurs privé et public. La loi du 12 juillet 1990 proscriit la discrimination des personnes, au travail, en raison de leur état de santé ou de leur handicap, au niveau du recrutement, de la procédure disciplinaire et du licenciement économique.
Allemagne	La loi sur les personnes gravement handicapées de 1986 (SchwbG) comprend des dispositions sur le recrutement, la formation, la rémunération, les conditions de travail, les congés et le licenciement des personnes handicapées (voir encadré 1 ci-dessous). La loi sur la lutte contre le chômage des handicapés de 2000 (SchwbBAG) prévoit un système de quota d'emplois (réformant le système précédent, instauré dans la législation de 1986).
Grèce	La loi 2643/98 sur l'emploi des personnes relevant de catégories spéciales et autres dispositions inclut des dispositions sur un système de quota d'emplois dans les secteurs privé et public.

Tableau 1. Dispositions réglementaires concernant l'emploi des personnes handicapées

Pays	Législation sur l'emploi des personnes handicapées
Irlande	La loi sur l'égalité de l'emploi de 1998 (<u>The implications of the Employment Equality Act 1998 - IE9909144F</u>) et la loi sur l'égalité du statut de 2000 proscrivent les discriminations dans l'emploi, la formation professionnelle, la publicité et les conventions collectives. La loi sur l'égalité de l'emploi de 1998 interdit la discrimination directe et indirecte dans l'emploi basée sur neuf critères, y compris le handicap. Tous les aspects de l'emploi sont couverts dans la loi, y compris la rémunération, la formation professionnelle, la promotion et les conditions d'emploi.
Italie	La loi 426/68, modifiée partiellement par la loi 68/99, prévoit un système de quota d'emplois dans le secteur privé et le secteur public.
Luxembourg	La loi du 12 novembre 1991 prévoit: un système de quota obligatoire dans les secteurs privé et public; des subventions salariales, des aides pour l'aménagement du travail, des mesures incitatives et des sanctions; la protection salariale; et une exemption totale ou partielle des cotisations de sécurité sociale pour les personnes handicapées installées en libéral. Les travailleurs handicapés ont droit à six jours de congés annuels supplémentaires.
Pays-Bas	La loi sur la (ré)insertion professionnelle des handicapés (REA), qui est entrée en vigueur en juillet 1998 (<u>Rising number of disability benefit claimants sparks more stringent policy - NL0006195F</u>), vise à augmenter la participation des personnes handicapées au marché du travail de façon à atteindre le niveau obligatoire de 5%.
Norvège	La loi sur la protection des travailleurs et l'environnement professionnel (AML) exige que les employeurs organisent du travail aménagé pour répondre aux besoins des travailleurs handicapés. L'employeur doit couvrir une partie des coûts, mais les dépenses au-delà d'un certain montant peuvent être couvertes par le régime d'assurance national.
Portugal	Plusieurs articles de la Constitution prévoient, de façon directe ou indirecte, l'égalité de traitement pour les personnes handicapées (par ex., les citoyens présentant un handicap physique ou mental jouissent pleinement de leurs droits). Le décret-loi n° 247/89 comprend des dispositions sur les subventions pour l'aménagement des postes de travail et des installations personnalisées sur le lieu de travail. Le décret-loi n° 170/80 prévoit des subventions supplémentaires pour l'emploi des personnes handicapées. Le décret-loi n° 8/1998 régit les questions relatives à la formation professionnelle et à l'emploi protégé du point de vue des dispositions relatives à la sécurité sociale.
Espagne	La Constitution prévoit l'égalité de traitement à l'égard des personnes handicapées. Le texte de 1980 sur le Statut des travailleurs (amendé en 1995) stipule que les demandeurs d'emploi et les salariés ne doivent pas faire l'objet de discriminations fondées sur des conditions sociales différentes, y compris le handicap. La

Tableau 1. Dispositions réglementaires concernant l'emploi des personnes handicapées

Pays	Législation sur l'emploi des personnes handicapées
	loi 13/1982 sur l'insertion sociale des personnes handicapées comprend des dispositions sur l'intégration des handicapés dans différents domaines, dont l'emploi. Cette loi, élaborée au moyen de plusieurs décrets royaux, établit entre autres des quotas d'emploi dans les entreprises privées et les administrations publiques. Une subvention salariale pour les salariés handicapés (ainsi que les libéraux) est régie par plusieurs lois et décrets royaux (y compris la loi 55/1999). Des dispositions juridiques spécifiques sont applicables aux personnes handicapées dans des domaines tels que: l'aménagement du travail, la rémunération, le temps de travail et la protection contre le licenciement.
Suède	La loi de 1999 interdisant la discrimination des personnes handicapées dans la vie professionnelle (<u>Three new anti-discrimination Acts approved by parliament - SE9903148F</u>) proscrit toute discrimination, directe et indirecte, des salariés et des demandeurs d'emploi, en raison de leur handicap, notamment dans le cas du recrutement, de la promotion, de la rémunération, des conditions d'emploi et du licenciement. Les employeurs doivent prendre les mesures appropriées pour aider les travailleurs handicapés et aménager leur poste de travail, afin d'éviter toute situation discriminatoire, surtout en ce qui concerne le recrutement des travailleurs handicapés et la protection contre le licenciement. Des dispositions supplémentaires figurent dans la loi sur la protection de l'emploi (LAS), la loi sur l'environnement professionnel et la loi sur l'assurance sociale, couvrant des domaines tels que: les obligations des employeurs concernant l'aménagement du poste de travail (et les instances responsables du marché du travail), les subventions salariales et la protection contre le licenciement économique.
Royaume-Uni	La loi sur la discrimination en raison du handicap de 1995 (DDA), entrée en vigueur en décembre 1996, stipule qu'un employeur n'a pas le droit de discriminer les personnes handicapées dans l'emploi - ce qui couvre le recrutement, les conditions d'emploi, la promotion, la mutation, la formation, tout autre forme d'avantage, et le licenciement - ni de les assujettir à des conditions désavantageuses. Si une personne handicapée se trouve dans une situation nettement désavantageuse par rapport à d'autres personnes valides, (caractéristiques physiques des locaux, modalités de travail, etc.), l'employeur a le devoir de faire des aménagements raisonnables pour remédier à cette situation.

Source: EIRO.

11.6 ANNEXE 7
MESURES AGEFIPH

Mesures AGEFIPH

L'AGEFIPH, créée par la loi de 1987, dont la mission principale est de gérer les ressources du fonds qui sont destinées à favoriser toutes les formes d'insertion professionnelle en milieu ordinaire. Dans le cadre de sa mission, l'AGEFIPH a mis en place un programme intitulé "20 mesures pour l'emploi des personnes handicapées".

Ces dispositifs d'aide sont prévus pour faciliter l'intégration des personnes handicapées en milieu ordinaire.

1. Bilan d'évaluation et d'orientation

Objectif : évaluer les potentialités des personnes handicapées par une identification des compétences et des aptitudes de la personne, analyser les motivations et les intérêts professionnels et personnels, élaborer un projet professionnel.

Contenu : Le bilan comportera autant que possible une phase en entreprise pour les personnes handicapées intégrées dans le monde du travail.

2. Mise à niveau et mobilisation

Objectif : Mobiliser les acquis et les compétences des personnes handicapées

Contenu : Prise en charge complémentaire à celle de l'État, du coût pédagogique et des prestations spécifiques liées au handicap pour des actions de formation réalisées par un organisme de formation conventionné, qui doivent comprendre un ensemble d'acquisitions théoriques et pratiques.

3. Formation professionnelle

Objectif : permet d'acquérir la compétence professionnelle requise pour exercer un métier, accéder à un emploi ou se maintenir dans l'emploi, d'évaluer la capacité professionnelle, et de valider les compétences professionnelles des personnes handicapées.

Contenu :

a) Pour les organismes de formation

Prise en charge du coût pédagogique, de l'adaptation des supports pédagogiques et des contenus de formation en fonction du handicap, de la formation des tuteurs à l'accueil et au soutien pédagogique des personnes handicapées

b) Pour les personnes handicapées

- Financement du coût pédagogique

- Aide financière pour la poursuite d'études dans le cadre d'un projet professionnel

c) Pour les entreprises

- Financement en complément de la participation de l'entreprise, du coût pédagogique de l'action de formation réalisée dans le cadre du maintien dans l'emploi
- Participation au coût d'encadrement pendant la période d'adaptation sur une période et une durée hebdomadaire limitée

d) Pour le schéma régional de la formation professionnelle

- Financement d'aides spécifiques favorisant l'accueil, l'intégration des personnes handicapées, la prise en charge de la formation des référents
- Soutenir l'effort des jeunes handicapés et de leurs familles dans cette démarche
- Permettre au centre de formation des apprentis de leur offrir une plus large éventualité de formation

4. Aide à l'apprentissage

Objectif : Inciter à conclure des contrats d'apprentissage

Contenu :

a) Pour l'employeur

- subvention forfaitaire de 1 524.49 euros /année d'apprentissage
- à l'issue du contrat d'apprentissage, l'employeur peut bénéficier d'une prime à l'insertion de 2286.74 euros pour la conclusion avec l'apprenti d'un CDI ou CDD d'au moins 12 mois
- prise en charge de la formation des tuteurs

b) Pour le jeune handicapé

- subvention forfaitaire de 1524.49 euros
- prise en charge des frais liés à la compensation du handicap

c) Pour le CFA

- financement d'aides spécifiques favorisant l'accueil et l'intégration ainsi que la prise en charge de la formation des référents
- prise en charge de l'adaptation des supports pédagogiques et des contenus de formation

La demande de subvention, pour être recevable, devra parvenir à l'AGEFIPH au plus tard après la date d'embauche.

5. Aide à la formation en alternance

objectifs : inciter les entreprises à conclure des contrats en alternance avec les jeunes handicapés, soutenir l'effort des jeunes handicapés et de leur famille, permettre au centre de formation de leur offrir un plus large éventail de formation.

Contenu :

a) Pour l'entreprise

- subvention forfaitaire de 1524.49 euros par période de 6 mois
- subvention forfaitaire de 1524.49 euros en appui à un contrat d'adaptation
- à l'issue du contrat en alternance, l'employeur peut bénéficier d'une prime de 2286.74 euros à la signature d'un CDI ou CDD d'au moins 12 mois

b) Pour le jeune handicapé

- subvention forfaitaire de 1524.49 euros si le contrat en alternance à une durée d'au moins 12 mois
- à l'issue du contrat en alternance, si aucune subvention forfaitaire, peut bénéficier d'une prime à l'insertion de 1524.49 euros

6. Soutien et suivi de l'insertion

Objectif : Compenser le handicap lors de la préparation, l'accès et le maintien dans l'emploi et résoudre les difficultés d'intégration professionnelle

Contenu :

a) Aide ponctuelle à la personne

- accompagnement social
- participation au frais de déménagement (765 euros)
- prise en charge du permis de conduire (900 euros)

- aides au transport pour les personnes en compensation du handicap
- participation à l'achat d'un véhicule dans le cadre de l'accès à l'emploi (4575 euros)
- participation au coût de l'aménagement de véhicule
- participation au frais de transport des personnes en recherche d'emploi et au coût d'un transport spécialisé pendant un an maximum

b) aide à l'entreprise

Participation aux frais de suivi (inclus les frais de déplacements et administratifs – 23 euros de l'heure) pendant la durée maximale d'un an.

7. Aides techniques et humaines

Objectif : apporter aux personnes handicapées des solutions individualisées, aider à l'identification de leurs besoins en aides techniques et humaines.

Contenu :

a) Aide ponctuelle

- participation à l'acquisition de matériel (9150 euros)
- prise en charge de formation à l'utilisation du matériel (385 euros par jour)
- participation au coût de la prestation des aides humaines à la communication (9150 euros pour une année)
- participation pour un an minimum, au coût d'intervention d'auxiliaire dans le cadre

b) contrat spécialisé et personnalisé

- participation au financement de l'orientation

8. Action préparatoire au placement

Objectif : assurer la préparation à l'emploi et contribuer au développement des capacités des structures d'insertion pour assurer la transition vers le milieu ordinaire du travail.

Contenu :

- Participation au financement d'actions et de prestations spécifiques pour la réalisation d'un projet professionnel et à la mise en œuvre d'un parcours d'insertion de structures de placement
- participation au financement d'actions ou de dispositifs visant la sortie et/ou l'alternative au secteur protégé

9. Réseau d'insertion et de placement

objectif : Assurer l'accueil et l'accompagnement, apporter conseil et soutien technique aux employeurs, développer des collaborations entre les structures de placement, amplifier l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail

Contenu :

- Financement du fonctionnement des structures du réseau d'insertion
- Participation au financement d'actions visant à la formation et au développement des compétences du réseau d'insertion

10. Maintien dans l'emploi

Objectif : maintenir dans l'emploi, par la mise en œuvre de solutions adaptées, des salariés handicapés dont le handicap survient ou s'aggrave ou dont le contrat de travail est suspendu en raison d'une inaptitude constatée par la médecine du travail.

Contenu :

- Subvention de 4575 euros pour couvrir les premières dépenses liées au maintien dans l'emploi

- Subvention complémentaire (présentation de justificatifs de la totalité des dépenses engagées sous des délais de 3 mois)
- en cas de d'actions spontanées identifiées, l'entreprise peut mobiliser d'autres mesures de l'AGEFIPH
- participation au financement d'actions concertées ou de dispositifs dédiés au maintien dans l'emploi

11. Création d'activité

Objectif : favoriser les initiatives des personnes handicapées qui créent leur emploi en accédant à une activité non salariée.

Contenu : Dans le cadre d'une création ou reprise d'entreprise, aider au démarrage d'une activité indépendante lui permettant de s'assurer un emploi pérenne

- Participation au financement d'organismes spécialisés pour l'accueil, l'accompagnement du créateur et le suivi du projet
- Subvention à la création d'activité (10675 euros) dans la limite de 50 % du coût total du projet
- Participation à la formation de 250 heures

Le créateur d'activité ne peut bénéficier pour lui-même de la prime à l'insertion.

12. Prime à l'insertion

Objectifs : encourager les entreprises à poursuivre leurs efforts en faveur de l'emploi des personnes handicapées et les aider à accéder à l'emploi.

Contenu :

- a) Pour l'entreprise : une subvention de 1600 euros attribuée pour l'embauche d'une personne handicapée versée en 2 échéances.
- b) pour la personne handicapée
 - subvention de 800 euros versée à l'acceptation du dossier
 - la prime pour la personne handicapée n'est pas renouvelable

Les contrats éligibles à la prime à l'insertion sont : les CDI, les CDD de 12 mois. Les contrats en alternance, les contrats d'apprentissage bénéficient de subventions spécifiques

Sont exclus : le contrat emploi solidarité, le contrat de travail temporaire, la succession de CDD inférieurs à 12 mois, le contrat d'expatrié et tous les contrats conclus avec un employeur établi hors du territoire national, les contrats des VRP multicartes, le contrat de rééducation en entreprise chez le même employeur

Durée du travail requise :

- elle devra être au moins égale à 16 heures /semaine ou une moyenne hebdomadaire de 16 heures sur l'année

En cas d'employeurs multiples la prime ne peut être attribuée qu'au titre d'un seul emploi.

La demande de subvention devra parvenir à l'AGEFIPH après la date d'embauche.

13. Soutien à l'intégration en milieu ordinaire de travail – GRTH (garantie de ressources des travailleurs handicapés)

Objectifs : permettre aux travailleurs handicapés de participer à la vie économique par une intégration durable en milieu ordinaire de travail et soutenir l'effort des employeurs qui embauchent ou maintiennent dans l'emploi des personnes handicapées bénéficiaires de la garantie de ressources.

Contenu : Complément de ressources aux travailleurs handicapés pour lesquels la COTO-REP a décidé un "abattement de salaire" en vue d'atteindre le niveau de ressources garanti par la loi (art.L323-6 et L. 323-29 du code du travail) Il peut atteindre 50 % du SMIC.

L'employeur verse l'intégralité du salaire et reçoit trimestriellement un remboursement de l'AGEFIPH correspondant au complément de rémunération déterminé par rapport au salaire normalement appliqué à l'emploi et au taux d'abattement.

14. Aides aux innovations

Objectif : permettre le développement de matériels et de technologies innovantes favorisant la formation professionnelle, l'emploi et la réalisation d'insertion exemplaire.

Contenu : Etude et expérimentation de matériels techniques ou de technologies facilitant l'insertion professionnelle des personnes handicapées en participant aux frais de faisabilité, aux coûts de développement d'un prototype, à l'exclusion des phases de production et de commercialisation. Participation aux coûts d'élaboration et de transferts d'actions innovantes ou exemplaires.

15. Information et sensibilisation

Objectif :

- Informer les entreprises sur l'emploi des personnes handicapées pour susciter des projets d'insertion ou de maintien au travail

- sensibiliser, informer les responsables syndicaux ou professionnels sur tous les aspects de l'emploi

Contenu : l'information et la sensibilisation devront porter essentiellement sur la loi du 10/7/1987, ses différents aspects et ses modalités.

a) En direction des entreprises :

Les actions d'information et de sensibilisation devront être en cohérence avec les objectifs locaux d'insertion. Elles viseront à augmenter le nombre de travailleurs handicapés dans les

entreprises et comprendre notamment : des visites d'entreprises, des réunions d'information, des campagnes de communication, des supports d'information

b) en direction des responsables syndicaux ou professionnels :

Les actions porteront sur l'organisation de stage de formation, de réunions d'information et de sensibilisation. L'AGEFIPH participera aux charges liées à la mise en œuvre des actions projetées.

16. Diagnostic et conseil

Objectif : aider les entreprises à cerner leurs besoins et proposer des solutions concrètes afin de définir des démarches et des méthodes pour permettre l'insertion ou le maintien dans l'emploi des personnes handicapées.

Contenu :

- Analyse qualitative et quantitative de la situation de l'entreprise au regard de l'emploi de personnes handicapées
- Définition des actions à mener en fonction des caractéristiques des entreprises en tenant compte de la situation économique et technique de l'entreprise et de son environnement.

17. Aménagement des situations de travail

Objectif : Adapter l'outil et l'organisation du travail

Contenu :

- Etude des moyens techniques et organisationnels à mettre en œuvre pour réduire l'écart entre les exigences du poste et les capacités de la personne handicapée
 - Adaptation du poste et de l'organisation de travail aux capacités de la personne handicapée
- La subvention tiendra compte de l'intérêt du projet, des obligations légales de l'employeur des gains éventuels de productivité.

18. Accessibilité des lieux de travail

objectifs : adapter les lieux de travail pour assurer l'accès aux personnes handicapées

Contenu :

- Etude des moyens techniques et organisationnels
- Réalisation de travaux

Les subventions accordées seront calculées en fonction de l'opportunité du projet, de la spécificité de l'accessibilité à la situation du handicap. Les travaux et équipements doivent s'inscrire au-delà des obligations légales.

19. Détachement en entreprise

Objectifs : favoriser le passage en milieu ordinaire et permettre d'appréhender les réalités du travail et d'acquérir des compétences professionnelles

Contenu :

- Prise en charge de la formation du tuteur
- Prise en charge de la formation de la personne handicapée

20. Rapprochement du milieu protégé et du milieu ordinaire

Objectif : Favoriser le passage du milieu protégé en milieu ordinaire et permettre aux salariés handicapés des ateliers protégés d'appréhender les réalités du travail en milieu ordinaire, d'acquérir des savoir-faire et des compétences professionnelles nouvelles ; permettre aux entreprises d'accueillir des personnes handicapées

Contenu : concerne les entreprises d'au moins 20 salariés ayant signé un contrat de prestation de sous-traitance d'une durée minimale d'un an. A l'issue de ce contrat, l'entreprise s'engage à embaucher des personnes handicapées. La formation est obligatoire et doit permettre l'adaptation aux postes occupés.

a) Pour l'entreprise

- Participation à l'acquisition de l'équipement directement utilisé par les travailleurs handicapés et lié au contrat de prestation, à hauteur minimale de 3/5 de sa valeur
- prise en charge de la formation du tuteur et des personnes handicapées aux postes occupés

b) pour l'atelier protégé

- Prise en charge de la formation des travailleurs handicapés.

ANNEXE 8
CHRONOLOGIE DE L'INTERVENTION SUR LE MARCHE DU TRAVAIL ET DE
L'INDEMNISATION

CHRONOLOGIE DE L'INTERVENTION SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL ET DE L'INDEMNISATION

1958	Accord interprofessionnel du 31 décembre 1958 des partenaires sociaux créant le régime d'assurance-chômage
1963	Accord interprofessionnel des partenaires sociaux créant le régime d'assurance-chômage
1966	Création de l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) en lieu et place de l'Association nationale pour la formation rationnelle de la main-d'œuvre – ANIFORM - datant de 1949
1967	Création par l'ordonnance du 23 juillet 1967 de l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE)
1977	Premier plan pour l'emploi des jeunes
1979	Loi-cadre du 16 janvier 1979 et accord interprofessionnel du 16 mai 1979 unifiant les régimes d'assurance et d'assistance
1981	Rapport SCHWARTZ sur l'insertion des jeunes en difficulté
1982	Création des missions locales et des permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) Mise en place de comités de bassins d'emploi Crise financière du système d'assurance-chômage ; décret du 24 novembre 1982 portant mesures d'urgence, notamment la création de filières d'indemnisation
1983	Transfert aux régions d'une compétence de droit commun pour la formation professionnelle
1984	Suppression du pointage physique des demandeurs d'emploi à l'ANPE Mise en place d'un fichier unique (GIDE) hébergé par l'UNEDIC Circulaire ministérielle sur la démarche de service public de l'emploi (SPE) Ordonnance du 16 février 1984 et convention du 24 février 1984 instituant un système dualiste d'assurance et d'assistance
1986	Accord interprofessionnel du 20 octobre 1986 créant les conventions de conversion Ordonnance du 20 décembre 1986 permettant de faire participer au service public de placement certains organismes à but non lucratif
1987	loi du 10 juillet 1987 <i>relative à la prévention et à la lutte contre le chômage de longue durée</i> qui prévoit un programme d'aide à la réinsertion en faveur des chômeurs de longue durée, et de la loi du 27 novembre 1987 qui institue un nouveau type d'employeurs, les associations intermédiaires

1988	Création de l'allocation formation-reclassement (AFR) par l'accord interprofessionnel du 26 février 1988 Création du revenu minimum d'insertion (RMI) par la loi du 1er décembre 1988
1989	Création des contrats emploi-solidarité(CES) Rapport Join-Lambert/Lacarrière sur l'ANPE Mise en place de l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH), en application de la loi du 10 juillet 1987
1990	Signature du 1 ^{er} contrat de progrès entre l'Etat et l'ANPE Mise en place du crédit-formation individualisé (CFI) Suppression de l'allocation d'insertion versée par l'Etat, pour les jeunes primo-demandeurs d'emploi et les femmes seules ayant charge de famille
1992	1 ^{ère} circulaire ministérielle sur la territorialisation Transformation des coordonnateurs du CFI en coordonnateurs emploi-formation Mise en place, dans le cadre de l'assurance-chômage, de l'allocation unique dégressive (AUD)
1993	Loi quinquennale du 20 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle ; décentralisation vers les régions de la formation des jeunes ; mise en place des « espaces jeunes » associant ANPE et Missions locales/PAIO l'Etat Création des directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, intégrant la compétence formation (DDTEFP) Lancement de la politique d'allègement des charges sociales ; budgétisation des cotisations d'allocations familiales
1994	1 ^{er} contrat de progrès entre l'Etat et l'AFPA Création des conventions de coopération par l'accord interprofessionnel du 8 juin 1994
1995	Fusion des directions régionales du travail et de l'emploi avec les délégations régionales à l'emploi et à la formation professionnelle pour constituer les directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) Accord interprofessionnel du 6 septembre 1995 créant l'allocation de remplacement pour l'emploi (ARPE)
1996	Convention du 4 juillet 1996 sur le transfert de l'ANPE à l'UNEDIC des tâches d'inscription des demandeurs d'emploi

1997	<p>Mise en place des « emplois-jeunes » et du programme « nouveaux services-nouveaux emplois »</p> <p>Signature du traité d'Amsterdam et sommet de Luxembourg : naissance de la coordination des politiques de l'emploi, et premières lignes directrices pour l'emploi</p>
1998	<p>1^{er} plan national d'action pour l'emploi (PNAE)</p> <p>Lancement du programme Trace pour l'accès à l'emploi des jeunes en difficulté^o</p>
2000	Signature d'une nouvelle convention d'assurance-chômage, agréée le 4 décembre et entrant en vigueur le 1 ^{er} janvier 2001 moyennant des modifications apportées aux textes initiaux(protocolo du 14 juin et convention du 29 juin)
2001	Mise en place du plan d'aide au retour à l'emploi(PARE), assorti d'un Plan d'action personnalisé pour un nouveau départ pour l'emploi signé par le demandeur d'emploi et l'ANPE(PAP-ND)
2002	Création du contrat-jeunes en entreprise
2003	Création du contrat d'insertion dans la vie sociale (CIVIS) substitué notamment au programme Trace
2004	<p>Transfert aux départements d'une compétence globale pour la gestion du RMI et du nouveau dispositif de revenu minimum d'activité (RMA)</p> <p>Transfert immédiat aux régions de la compétence coordinatrice en matière d'orientation et d'ici le 31 décembre 2008 de la « commande publique »(crédits du programme d'action subventionnée de formation des demandeurs d'emploi mis en œuvre par l'AFPA)</p>

ANNEXE 9
CHRONOLOGIE DES LOIS « SUR » LE HANDICAP

Chronologie des lois « sur » le handicap

Ces informations viennent du site
<http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-handicap/chronologie>

1898

Loi sur les accidents du travail qui met à la charge de l'employeur une assurance spécifique permettant le versement d'une indemnisation au titre des infirmités acquises dans le cadre du travail.

1909

Création des premières classes de perfectionnement dans quelques écoles par le ministère de l'Instruction Publique pour éduquer les enfants alors qualifiés d'"anormaux d'école" pour leur permettre de gagner leur vie et éviter qu'ils ne tombent dans la délinquance.

1919

Le ministère des Anciens Combattants met en place un barème d'évaluation des handicaps subis par les victimes de la première guerre mondiale, de manière à déterminer le montant de leur pension d'invalidité.

1921

Création de la Fédération des Mutilés du Travail.

1924

Loi du 26 avril : elle impose aux entreprises le recrutement de mutilés de guerre

1929

Création de la Ligue pour l'Adaptation des Diminués Physiques au Travail.

1930

Loi du 14 mai : elle donne le droit aux victimes d'accidents du travail d'être admises gratuitement dans les écoles de rééducation professionnelle créées par les militaires.

1939

Création de l'Association des Paralysés de France (APF).

1945

Création de la sécurité sociale qui permet d'assurer l'ensemble des salariés contre les conséquences de maladies et d'accidents non liés au travail mais les privant de leurs "capacités de gains".

1949

Loi du 2 août : elle généralise l'aide à la réinsertion à tous les grands infirmes par la création de l'allocation de compensation aux grands infirmes travailleurs. Elle ouvre l'accès à la formation professionnelle de tous les grands infirmes.

1953

Décret du 29 novembre : il crée les commissions départementales d'orientation des infirmes pour la reconnaissance de l'aptitude au travail ou la possibilité d'une rééducation professionnelle.

1957

Loi 57-1223 du 23 novembre sur le reclassement professionnel dans laquelle apparaît le terme de travailleur handicapé. Définition de la qualité de travailleur handicapé. Instauration de priorités d'emploi (quota théorique de 10 %). Définition du travail protégé. Création du conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés.

Vers l'obligation nationale de l'intégration des personnes handicapées

1967

François Bloch-Lainé, remet un rapport au Premier ministre intitulé "Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées", qui ouvre la voie au texte d'orientation de 1975.

30 juin 1975

Loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Elle régleme les conditions de création, de financement, de formation et de statut du personnel des établissements et services du secteur.

Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Elle fixe le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics : importance de la prévention et du dépistage des handicaps ; obligation éducative pour les enfants et adolescents handicapés ; accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et maintien chaque fois que possible dans un cadre ordinaire de travail et de vie. La loi confie la reconnaissance du handicap à des commissions départementales, distinctes : pour les jeunes de 0 à 20 ans (CDES : commission départementale de l'éducation spéciale) et pour les adultes (COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnelle à partir de 20 ans).

9 décembre 1975

Adoption par l'Assemblée générale des Nations unies d'une déclaration des droits des personnes handicapées.

12 mars 1981

Adoption de la "Charte européenne des handicapés" par l'Assemblée européenne à Strasbourg.

8 décembre 1981

Accord en faveur d'un plan de 4 ans (1983-86) pour l'insertion sociale des handicapés au Conseil des Communautés européennes (ministres du travail) à Bruxelles.

23 octobre 1982

Manifestation de handicapés, à Paris, à l'appel de l'Association des Paralysés de France, pour demander une meilleure accessibilité aux lieux publics et privés.

9 février 1983

Présentation en Conseil des ministres de diverses mesures en faveur des handicapés dans le cadre des transports en commun, sur la base du rapport présenté par Mme Fraysse-Cazalis.

7-8 mai 1983

Assises annuelles de l'Union Nationale des Associations des Parents d'Enfants Inadaptés (UNAPEI) : intervention de Pierre Bérégovoy, ministre des Affaires Sociales, sur le recrutement des handicapés dans la Fonction publique et leur insertion professionnelle dans le secteur privé et sur le développement de la formation professionnelle dans les centres d'aide par le travail (CAT).

23 mai 1984

Communication en Conseil des ministres sur la participation des personnes handicapées à la vie culturelle

17-22 septembre 1985

Trente-septième congrès de la Fédération nationale des mutilés du travail, à Bourges, en présence de Georgina Dufoix, ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale : revendication d'une allocation égale au SMIC pour les handicapés permanents inaptes au travail ; transformation de la Fédération en Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNTHA).

24 septembre 1985

Déclaration du Syndicat National des Directeurs et Instituteurs (SNUDI-FO) qui proteste contre la diminution du nombre de classes de l'enseignement spécialisé (réservé aux enfants handicapés) dans le primaire.

21 décembre 1985

Entretien entre François Mitterrand, président de la République, et l'Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés (UNAPEI) ; annonce de l'augmentation de 5 % du budget consacré au financement des services d'auxiliaires de vie et sauvegarde des règles relatives à l'accessibilité des bâtiments.

31 mai 1986

Vingt-sixième assemblée générale de l'Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés (UNAPEI) à Tours. Jean Arthuis, secrétaire d'Etat auprès du ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, annonce la mise en place en septembre 1986 d'un groupe de travail sur l'insertion des handicapés et la préparation d'une réforme tendant à assurer un droit au travail à tous les handicapés. Adrien Zeller, secrétaire d'Etat chargé de la Sécurité Sociale, annonce l'ouverture en 1986 de 1400 places en centre d'aide par le travail (CAT).

**Fin des années 1980 : l'intégration des personnes handicapées
se décline dans plusieurs textes législatifs**

10 juillet 1987

Promulgation de la loi n° 87-517 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés (JO n° 160) qui institue pour les entreprises de plus de 20 salariés l'obligation d'employer, à temps plein ou partiel, 6% d'entre eux. L'AGEFIPH (Association Nationale pour la Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées) est créée pour gérer le fonds pour l'insertion des personnes handicapées. Elle est soumise au contrôle de l'Etat et associe syndicats et associations de personnes handicapées.

15 septembre 1988

Création de l'Association pour la gestion du Fonds de développement de l'insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH), instituée par la loi de juillet 1987, soumise au contrôle de l'Etat et associant le CNPF, la CGPME, la CFDT et des associations de personnes handicapées.

13 janvier 1989

L'article 22 de la loi N° 89-18 du 13/01/1989 (Diverses mesures d'ordre social) modifie l'article 6 de la loi du 30/06/1975 et crée un alinéa dit "amendement Creton"

Pour en savoir plus sur le bilan de cette disposition, consulter le document "Les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton", Etudes et résultats, paru en avril 2005.

31 janvier 1989

Présentation en Conseil des ministres de mesures destinées à faciliter la participation des personnes handicapées aux opérations électorales et leur accès à des fonctions électives.

21 février 1989

Présentation par MM. Michel Delebarre, ministre des Transports et de la Mer, et Michel Gillibert, secrétaire d'Etat chargé des handicapés, d'un plan d'action destiné à faciliter l'accès des transports en commun aux handicapés. Mise en œuvre d'une soixantaine de mesures pratiques pour un coût évalué à 150 millions de francs, par la SNCF, la RATP, les compagnies aériennes et les constructeurs de véhicules.

12 juillet 1989

Publication au JO n° 161 de la 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. Institution d'une procédure d'agrément et de vérification des conditions d'accueil sur la base d'un contrat.

Publication au JO de la loi d'orientation sur l'éducation qui dispose que l'intégration scolaire des jeunes handicapés est favorisée.

21 septembre 1989

Publication du rapport de René Teulade, président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), qui présente vingt propositions pour favoriser le maintien à domicile des personnes handicapées, notamment la création d'un Fonds national d'aide à domicile et le développement de la réadaptation.

9 décembre 1989

La Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe engage les Etats membres à prendre les mesures nécessaires en vue de garantir aux personnes handicapées l'exercice du droit à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté (art.15).

22 février 1990

Déclaration de Michel Gillibert, secrétaire d'Etat chargé des Handicapés, indiquant que les "priorités de la politique "globale" du gouvernement en faveur des handicapés sont l'emploi, les ressources et la réforme des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP).

13 juillet 1990

Publication au JO n° 161 du 13 juillet 1990 de la 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.

21 novembre 1990

Communication en Conseil des ministres de Michel Delebarre, ministre de l'Equipement, du Logement, des Transports et de la Mer, et de Michel Gillibert, secrétaire d'Etat chargé des Handicapés, relative à l'adaptation des logements et des bâtiments publics aux personnes handicapées par une réglementation adaptée et étendue, par un contrôle renforcé du respect d'accessibilité et par des actions exemplaires développées par les pouvoirs publics.

27 novembre 1990

Jack Lang, ministre de la Culture de la Communication et des Grands Travaux, et Michel Gillibert, secrétaire d'Etat aux Handicapés et Accidentés de la Vie, signent, à Paris, un protocole devant permettre de faciliter l'accès des équipements culturels aux personnes handicapées.

18 janvier 1991

Loi 91-73 du 18 janvier (titre III, art. 33) facilitant le bilinguisme. Elle autorise et organise l'enseignement du français et de la langue des signes pour les personnes sourdes

19 juillet 1991

Publication au JO n° 167 du 19 juillet de la loi n° 91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public.

7 - 8 novembre 1991

Réunion à Paris, à l'initiative du Conseil de l'Europe, de 34 ministres responsables des politiques en faveur des handicapés. Le 8, vote à l'unanimité d'une déclaration finale se prononçant en faveur d'une politique globale ayant pour objectif l'autonomie et l'insertion des handicapés au sein de la collectivité, et prévoyant l'établissement pour chaque pays d'un bilan périodique de la législation et des réalisations concrètes.

3 juin 1992

Intervention à Lyon de Michel Gillibert, secrétaire d'Etat aux Handicapés, lors de la clôture de la 6ème conférence internationale sur la mobilité et le transport des personnes âgées et à mobilité réduite. Il invite notamment à "une véritable révolution culturelle", afin de "construire, aménager et transporter autrement".

4 novembre 1993

Publication par décret du guide barème instaurant huit grandes catégories de déficiences (déficiences intellectuelles et difficultés du comportement, déficiences du psychisme, déficiences de l'audition, déficiences du langage et de la parole, déficiences de la vision, déficiences viscérales et générales, déficiences de l'appareil locomoteur, déficiences esthétiques). Ce guide s'inspire de la classification internationale des handicaps (CIH), basé sur les travaux du britannique Philip Wood.

9 mai 1994

Simone Veil, ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, annonce, devant le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées, une série de mesures destinées à favoriser l'accessibilité des bâtiments publics et privés aux personnes à mobilité réduite et la création d'un fonds interministériel en vue de l'aménagement des bâtiments de l'Etat accueillant du public, doté d'un budget de 21,7 millions de francs.

21 novembre 1994

Dans un rapport remis à Simone Veil, ministre des Affaires Sociales, de la Santé de la Ville, l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) dénonce les insuffisances du système de prise en charge des autistes en France et propose la création de "schémas régionaux d'action" élaborés par les préfets de région.

Janvier 1995

Communication en Conseil des ministres sur l'insertion des handicapés dans la fonction publique. Plusieurs mesures doivent permettre aux collectivités publiques de mieux remplir leurs obligations, dont la mise en œuvre d'un recrutement par contrat de personnes handicapées dans toutes les catégories de la fonction publique, appelée à devenir la voie normale de recrutement notamment quand les recrutements par concours se révèlent infructueux. De plus dans chaque ministère, un fonctionnaire d'encadrement sera chargé de coordonner les actions favorisant l'emploi des handicapés.

7 avril 1995

Simone Veil, ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, annonce l'adoption d'un plan d'action consacré aux personnes autistes, organisé pour cinq ans à l'échelon régional et doté d'environ 100 millions de francs.

17 juin 1995

Devant le congrès de l'UNAPEI (Union Nationale des Associations de Parents d'Elèves Inadaptés), Colette Codaccioni, ministre de la Solidarité entre les générations, annonce une politique "prioritaire" pour les handicapés, notamment le développement des Centres d'aide par le travail (CAT) et des Maisons d'Accueil spécialisées (MAS).

5 au 7 octobre 1995

36ème congrès à Paris de l'Association des Paralysés de France. Le 5, message de Jacques Chirac, président de la République, qui insiste sur l'importance de l'intégration professionnelle et du développement des capacités d'accueil.

13 mai 1996

Devant le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), Hervé Gaymard, secrétaire d'Etat chargé de la Santé et de la Sécurité Sociale, définit quatre axes prioritaires de la politique en faveur des handicapés : la continuité de la prise en charge des jeunes adultes et des personnes âgées, la socialisation précoce des jeunes enfants, l'insertion professionnelle d'adultes et le "libre choix du lieu et mode de vie" par les handicapés.

14 mai 1996

Le 14, rapport du Comité national d'éthique (CNE) qui aborde la question de la stérilisation des handicapés : le CNE estime que cette question "ne relève pas de sa compétence", mais "d'un débat de société qui ne peut être tranché que par le législateur".

15 au 16 juin 1996

A Strasbourg, 36^{ème} congrès de l'Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI). Jacques Barrot, ministre du Travail et des Affaires Sociales, annonce son intention de renforcer le maintien à domicile des handicapés, plutôt que la création de nouvelles structures spécialisées. Le 16, Hervé Gaymard, secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale, annonce le maintien de l'effort financier de l'Etat pour les personnes handicapées.

11 décembre 1996

Promulgation de la loi n° 96-1076 relative à l'autisme (publiée au JO n° 289 du 12). Les personnes autistes doivent bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire tenant compte de leurs besoins dans le cadre d'une approche éducative, pédagogique, thérapeutique et sociale.

5 mars 1997

Communication en Conseil des ministres sur le programme d'action en faveur des handicapés. Commentant la communication, Jacques Chirac, président de la République, qualifie de "véritable honte pour notre pays l'incapacité dans laquelle nous sommes de faire face au problème de l'accessibilité des lieux publics et des moyens de transport par les handicapés", et il dénonce "une sorte de refus culturel des techniciens", ajoutant que la France est "très en retard par rapport à la plupart des grands pays du monde".

9 juillet 1997

Annulation par le Conseil d'Etat de la circulaire d'application de l'amendement "Creton" du 27 janvier 1995. La circulaire prévoyait que le département verserait à l'établissement continuant à héberger le jeune adulte une "recette en atténuation" calculée sur la base du tarif moyen d'hébergement constaté dans les foyers pour adultes lourdement handicapés du département.

2 octobre 1997

Signature du traité d'Amsterdam qui inclut un article général concernant la non-discrimination - l'article 13. Cet article confère expressément et pour la première fois à l'Union le pouvoir d'agir dans le domaine du handicap. Il reconnaît ainsi le problème de la discrimination fondée sur le handicap.

16 septembre 1998

Rapport de Dominique Gillot, députée (PS) du Val d'Oise, sur "le droit des sourds", avançant 115 propositions pour, notamment, "la reconnaissance académique" de la langue des sourds et l'abaissement du coût des appareils et prothèses auditives.

24 novembre 1998

Rapport des inspections générales des finances, des services judiciaires et des affaires sociales sur le système de protection des "majeurs incapables" : dénonciation de dysfonctionnements (mode de financement, contrôle insuffisant de la gestion des revenus des majeurs incapables) et proposition de réformes (notamment accompagnement des juges, responsabilisation des familles des majeurs et réexamen obligatoire du maintien de la protection).

27 février 1999

Manifestation, à l'appel du Mouvement des sourds, "pour le respect de la différence des déficients auditifs " et l'application des 115 propositions en faveur de l'insertion des sourds, formulées par Dominique Gillot, députée (PS) du Val-d'Oise, dans son rapport remis en septembre 1997 au gouvernement.

27 mars 1999

A Paris et dans plusieurs villes de province, manifestation en faveur de la reconnaissance officielle de la langue des signes, à l'appel de la Fédération nationale des sourds de France (FNSF). Laurent Fabius, président de l'Assemblée nationale, reçoit une délégation de la FNSF qui lui remet le texte d'une proposition de loi visant à la reconnaissance de la langue des sourds comme langue minoritaire.

Avril 1999

Mise en place du Programme Handiscol pour l'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés.

29 mai 1999

A Paris, manifestation nationale contre l'exclusion sociale des personnes handicapées, à l'appel de l'Association des Paralysés de France (APF) et de l'Association Française contre les Myopathies (AFM) qui réclament des aménagements dans tous les secteurs de la vie professionnelle et privée. Bernard Barataud, président de l'AFM, annonce que Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, et Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action sociale, "se sont engagés sur un calendrier rapide de négociations".

30 juin 1999

Devant la presse, Michelle Demessine, secrétaire d'Etat chargée du Tourisme, annonce une série de mesures visant à faciliter les vacances des personnes handicapées, notamment par une sensibilisation des professionnels du tourisme.

2000

Adoption par le Conseil de l'Union européenne d'une directive (2000/78/CE) portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail.

22 janvier 2000

Recevant le président de l'Association des Paralysés de France et le président de l'Association Française contre les Myopathies, Jacques Chirac, président de la République, souhaite la reconnaissance du "droit à compensation des déficiences et incapacités" et souligne la nécessité d'une meilleure scolarisation des enfants handicapés.

25 janvier 2000

Devant le Comité National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH), Lionel Jospin, Premier ministre, présente un "plan d'accès des personnes handicapées au milieu de vie ordinaire" pour 2001-2003, d'un montant total de 2,52 MdF [384 171,52 €] (1 MdF [152 449,02€] issu du plan quinquennal de janvier 1999 et 1,52 MdF [231 722,51 €] supplémentaire).

La loi du 30 juin 1975 est abrogée par l'ordonnance du 21 décembre 2000 relative à la partie législative du code de l'action sociale et des familles (article 4, § II, 7°). Désormais, les dispositions de la loi se trouvent pour l'essentiel dispersées dans sept codes différents : le code de l'action sociale et des familles, le code de l'éducation, le code de la sécurité sociale, le nouveau code de la santé publique, le code du travail, le code rural, le code de la construction et de l'habitation

23 mai 2001

Communiqué du ministère de la Culture et de la Communication sur l'accès à la culture des personnes handicapées à l'occasion de l'installation de la commission "Culture et handicap"

18 juillet 2001

Présentation, en Conseil des ministres, d'une communication sur la politique en direction des personnes handicapées : renforcement du plan "Handiscol" mis en place en 1999 par un dispositif d'assistance aux familles et aux écoles rencontrant des difficultés ; concertation en cours avec les syndicats sur les conditions d'accès, d'insertion et de travail des personnes handicapées dans la fonction publique d'Etat ; organisation de la journée "Réussite et handicap" en décembre 2001 et d'un colloque interministériel sur le thème "Vivre la cité : accessibilité pour tous" au début de l'année 2002.

9 octobre 2001

Ségolène Royal, ministre de la Famille, de l'Enfance et des Personnes handicapées, Michel Sapin, ministre de la Fonction publique et de la Réforme de l'Etat, et cinq fédérations syndicales de fonctionnaires (CFDT, FSU, UNSA, CFE-CGC, CFTC) signent un protocole qui impose aux administrations d'Etat le recrutement, d'ici trois ans, de personnes handicapées à hauteur de 6 % des effectifs.

**2002 : Début des travaux d'actualisation de la loi de 1975
pour une mise en œuvre d'un droit à compensation**

10 janvier 2002

Suite à une réunion interministérielle et à la mobilisation d'associations et de médecins échographistes, l'Assemblée nationale adopte, en première lecture, la proposition de loi relative à la solidarité nationale et à l'indemnisation des handicapés congénitaux, qui contient un amendement du gouvernement affirmant que "nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance" et mettant fin à la "jurisprudence Perruche" (arrêt de la Cour de cassation du 17 novembre 2000 permettant à l'enfant né handicapé à la suite d'une erreur de diagnostic médical de demander une indemnité au titre du préjudice subi). L'amendement est intégré dans le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cet article L. 114-1 est réécrit et développé par la loi 2002-73 du 17 janvier 2002 dite « de modernisation sociale » qui intègre dans son article 53 l'amendement gouvernemental sur l'indemnisation des handicapés congénitaux. La loi crée aussi les conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées (CDCPH), chargés de faire des propositions pour mettre en oeuvre au niveau local la politique en direction des personnes handicapées.

30 janvier 2002

Communication de Marylise Lebranchu, Garde des Sceaux, en Conseil des ministres relative à la réforme du dispositif juridique de protection des majeurs.

19 février 2002

Le Parlement adopte à l'unanimité le projet de loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé, intégrant un dispositif qui met fin à la jurisprudence Perruche. Réactions : la Ligue des droits de l'homme demande au président de la République de saisir le Conseil constitutionnel de cette disposition susceptible de justifier l'irresponsabilité des médecins.

15 avril 2002

Lors d'un forum organisé à l'atelier de campagne de Lionel Jospin, Premier ministre et candidat à l'élection présidentielle, Ségolène Royal, ministre de la Famille, de l'Enfance et des Personnes handicapées, déclare que Lionel Jospin propose de créer une allocation personnalisée de handicap et d'instaurer une "logique de contrainte" pour garantir l'intégration des personnes handicapées.

Ségolène Royal, ministre de la Famille, de l'Enfance et des Personnes handicapées, et Paulette Guinchard-Kunstler, secrétaire d'Etat aux Personnes âgées, présentent un plan d'action sur les "aides aux personnes" (secteur professionnel de l'assistance aux personnes âgées, aux handicapés ou aux enfants) : notamment plan d'information et de recrutement, professionnalisation des métiers d'aide à domicile, revalorisation des formations et sanction de celles-ci par un diplôme d'Etat.

14 juillet 2002

Entretien télévisé du chef de l'Etat qui souhaite privilégier trois "grands chantiers" (lutte contre l'insécurité routière, insertion des handicapés et lutte contre le cancer).

3 février 2003

Marie-Thérèse Boisseau, secrétaire d'Etat aux Personnes Handicapées, inaugure l'année européenne des handicapés à Rennes et insiste sur le travail qui reste à accomplir pour une véritable intégration sociale des handicapés qui passe notamment par l'accessibilité.

4 avril 2003

Ouverture des premiers Etats généraux de la citoyenneté des personnes handicapées à Paris et qui devraient s'achever avec le vote d'initiatives concrètes en fin de journée, a indiqué l'ADAPT (Ligue pour l'Adaptation du diminué physique au travail).

2 mai 2003

Publication au Journal officiel de la loi n° 2003-400 du 30 avril 2003 relative aux assistants d'éducation : les assistants d'éducation remplissent des missions d'aide à l'accueil et à l'intégration scolaires des élèves handicapés et bénéficient d'une formation spécifique pour assurer leurs fonctions.

Juin 2003

Début d'une mission parlementaire prévue sur un an sur les institutions sociales et médico-sociales au sein de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales de l'Assemblée nationale (état des lieux suite à l'application de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ; cibler les dérives financières éventuelles, conséquences de certaines réformes ou de leur échec ; établir un bilan du plan triennal des mesures en faveur des personnes handicapées annoncées en 2000 ; évaluer la qualité des services rendus à l'aune des coûts en subsides et publics).

25 juin 2003 - Marie-Thérèse Boisseau, secrétaire d'Etat aux Personnes Handicapées, présente en Conseil des ministres une communication sur le projet de réforme de la loi de 1975.

9 octobre 2003

L'Assemblée nationale crée une mission d'information sur l'accompagnement de fin de vie.

6 novembre 2003

Jean-Pierre Raffarin, Premier ministre, présente un plan de solidarité en faveur des personnes dépendantes, qu'elles soient âgées ou handicapées ; le plan prévoit une enveloppe de 9 milliards d'euros répartis sur quatre ans ; il réaffirme le droit à compensation du handicap et insiste sur le développement de l'autonomie personnelle par le maintien à domicile le plus longtemps possible.

12 novembre 2003

Présentation en Conseil des ministres, par le ministre de la Culture et de la Communication, d'un projet de loi sur le droit d'auteur et les droits voisins dans la société de l'information. Le texte introduit deux nouvelles exceptions au droit d'auteur, d'une part, en faveur des handicapés et, d'autre part, pour les copies techniques temporaires liées notamment aux transmissions sur internet. Il donne également aux associations habilitées la possibilité de traduire les œuvres en braille ou sous forme de synthèse vocale et de diffuser ces traductions aux personnes handicapées.

10 décembre 2003

Présentation en Conseil des ministres, par Marie - Thérèse Boisseau, secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, d'une communication sur la réforme de la législation en faveur des personnes handicapées prévoyant une prestation de compensation des conséquences du handicap, la mise en œuvre de l'accessibilité dans le logement, les bâtiments publics, les systèmes de transport, etc., la création dans les départements, de guichets uniques où seraient réunies toutes les commissions apportant une aide aux personnes handicapées.

6 mai 2004

L'Assemblée nationale vote la création d'une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) chargée de contribuer au financement d'actions favorisant l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes. Cette caisse finance notamment la prestation de compensation personnalisée ainsi qu'une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Elle est en partie financée par une contribution versée par les employeurs sur le produit du travail effectué durant la journée de solidarité.

1^{er} juin 2004

Anne-Marie Montchamp, secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, présente le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées ; ce projet institue une "prestation de compensation" personnalisée.

30 juin 2004

Promulgation de la loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

15 - 19 novembre 2004

Déroulement de la "Semaine pour l'emploi des personnes handicapées". Dans ce cadre, Renaud Dutreil, ministre de la Fonction publique et de la Réforme de l'Etat et Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'Etat aux Personnes handicapées, rappellent que l'objectif du gouvernement est d'augmenter l'emploi des personnes handicapées dans les bassins d'emploi. Pour faciliter leur insertion ils proposent la mise en place des "pactes territoriaux" réunissant "tous les acteurs qui concourent à la préparation, à l'insertion et au maintien dans l'emploi de la personne handicapée" et, dans les trois fonctions publiques, la création d'un fonds visant à inciter le secteur public à réaliser les aménagements nécessaires et à mieux assurer ainsi son obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

24 novembre 2004

Publication par la Cour des comptes d'un rapport sur "Les politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes", qui critique le manque de cohérence de la politique d'insertion sociale et le fonctionnement "globalement défectueux" des structures administratives et financières.

15 décembre 2004

Présentation en Conseil des ministres d'une communication relative à la politique du gouvernement en faveur des personnes handicapées.

11 février 2005

LOI n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

22 avril 2005

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, stipule que les traitements ne doivent pas être poursuivis avec une "obstination déraisonnable" et fait obligation de dispenser des soins palliatifs.

11.7 ANNEXE 10
ORGANISATION DES CDES ET COTOREP

Organisation des CDES et COTOREP

La CDES : le dispositif des 0 à 20 ans

La loi reconnaît à tout enfant handicapé, le droit à une éducation scolaire, quelles que soient la nature ou la gravité du handicap. Si l'intégration dans une classe ordinaire apparaît dans la loi du 30 juin 1975 et fait l'objet d'un affichage politique : Art. 4 « Les enfants et adolescents handicapés sont soumis à l'obligation éducative. Ils satisfont à cette obligation en recevant soit une éducation ordinaire, soit, à défaut, une éducation spéciale, déterminée en fonction des besoins particuliers de chacun d'eux par la commission instituée à l'article 6 ci-après ». Dans les faits, très peu d'enfants et d'adolescents sont intégrés en milieux scolaire ordinaire et la majorité d'entre eux sont orientés vers des structures spécialisées : « L'éducation spéciale associe des actions pédagogiques, psychologiques, sociales, médicales et paramédicales : elle est assurée, soit dans des établissements ordinaires, soit dans des établissements ou par des services spécialisés. Elle peut être entreprise avant et poursuivie après l'âge de la scolarité obligatoire ». L'État prend en charge les dépenses d'enseignement et de première formation professionnelle des enfants et adolescents handicapés (art. 5). En outre, l'Etat participe, à la formation professionnelle et à l'apprentissage des jeunes handicapés.

L'identification du handicap est délégué, comme pour les adultes, à une instance spécifique. Créée dans chaque département par la loi d'orientation du 30 juin 1975¹, la CDES est l'instance qui reconnaît officiellement le handicap d'un enfant ou d'un adolescent. C'est une instance départementale d'aide aux enfants et adolescents handicapés, de la naissance jusqu'à l'âge de 20 ans (sauf cas particuliers). Au delà de 20 ans, le relais est pris par la COTOREP. « La commission départementale est saisie par les parents de l'enfant handicapé ou par les personnes qui en ont la charge effective, par l'organisme d'assurance maladie compétent, par l'organisme ou service appelé à payer l'allocation d'éducation spéciale, par le chef d'établissement scolaire fréquenté par l'enfant, par le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale, ou par l'autorité responsable de tout centre, établissement ou service médical ou social intéressé »².

LA CDES est chargée d'évaluer avec précision la situation de chaque enfant et de déterminer les prises en charge et les aides qui conviennent. Composée de douze membres³ et présidée par l'inspecteur d'académie ou le directeur départemental des affaires sanitaires et

¹ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées ; décret n° 75-1166 du 15 décembre 1975 – J.O. du 19 décembre 1975 ; circulaires du 22 avril et du 14 novembre 1979.

² Décret du 15 décembre 1975.

³ Parmi les membres de la commission départementale, on trouve des représentants des associations de parents d'élèves et des associations regroupant des familles d'enfants ou d'adolescents handicapés.

sociales (DDASS), elle prend des décisions qui engagent à la fois les financeurs (organismes de sécurité sociale) et les établissements ou services. La CDES peut proposer un projet d'intégration, une orientation vers un établissement médico-social ou une prise en charge par un service d'éducation spéciale et de soins à domicile. C'est aussi la CDES qui se prononce sur le droit à une allocation d'éducation spéciale (AES) qui est ensuite versée par la caisse d'allocations familiales (CAF). Elle peut également, dans certaines conditions, attribuer une carte d'invalidité et établir le certificat médical permettant à un enfant intégré en classe ordinaire de bénéficier d'un transport spécialisé financé par le Conseil général. Toutes les décisions de la CDES sont prises pour une durée limitée (en général un an ou deux ans). Le dossier est alors revu et complété de manière à prendre en compte toutes les évolutions de l'enfant ou les changements dans sa situation. Les avis de la CDES s'imposent aux établissements d'éducation spéciale ou scolaire ordinaire ainsi qu'aux organismes de prise en charge.

La place de l'éducation est centrale dans ce dispositif, un enfant reconnu handicapé doit pouvoir bénéficier d'une éducation spéciale gratuite qui associe des actions médicales, paramédicales, sociales, pédagogiques et psychologiques. La compétence de la CDES s'arrête à l'orientation des seuls handicapés physiques, sensoriels ou mentaux, elle n'est pas compétente à l'égard des enfants qui relèvent des établissements ou services à caractère social (maisons d'enfants à caractère social, foyers départementaux de l'enfance, placements familiaux non spécialisés).

L'orientation pour ce public est une question essentielle : peut-on envisager une intégration en milieu scolaire normal ou faut-il une orientation vers l'éducation spéciale ?

Si l'intégration en milieu scolaire ordinaire semble possible et si une difficulté apparaît, les commissions de circonscription peuvent être saisies (CCPE pour le premier degré, CCSD pour le second degré). Quand la mise en place d'un projet pédagogique spécifique est trop difficile, l'enfant peut être orienté vers une section d'éducation spéciale d'un établissement scolaire relevant de l'éducation nationale.

Quand les soins à donner sont trop importants pour envisager les solutions précédentes, la CDES oriente les enfants dans le cadre d'une prise en charge par l'Assurance maladie. Celles-ci peut intervenir en ambulatoire, c'est à dire dans le cadre d'un service d'éducation spéciale qui assure un soutien à l'intégration scolaire et vers l'acquisition de l'autonomie des enfants et adolescents jusqu'à 20 ans⁴ ; ou bien vers un établissement mé-

⁴ Actuellement, ces services sont assurés par les : SESSAD – services d'éducation spécialisée et de soins à domicile pour les déficiences intellectuelles et motrices, les troubles du caractère du comportement ; SSAD – services de soins et d'aide à domicile pour les polyhandicapés associant déficience motrice et mentale sévère ; SAFEP pour les déficients sensoriels jusqu'à 3 ans (service d'accompagnement familial et d'éducation précoce) ; SSEFIS pour les déficients auditifs après 3 ans (service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire) ; SAAAIS pour les déficients visuels graves de plus de 3 ans (service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire). Ces services d'éducation spéciale peuvent intervenir dans des éta-

dico-social en internat ou semi-internat⁵. Le coût de la prise en charge dans tous ces établissements relève de l'Assurance maladie et la scolarisation est assurée par des enseignants de l'Education nationale.

Enfin, dans cet édifice il faut noter la place particulière de l'amendement Creton⁶ qui permet, depuis 1989, de temporiser le manque de places en établissements spécialisés pour les adultes handicapés, en autorisant le maintien d'adolescents handicapés atteignant l'âge de 20 ans dans leur institut médico-éducatifs ou médico-professionnels lorsque aucune solution institutionnelle n'est trouvée. Les CDES et la COTOREP décident alors conjointement du maintien de l'adulte dans un établissement d'éducation spéciale.

L'articulation de ce système avec le suivant se fait par le biais de la transmission au delà de 20 ans, des dossiers à la COTOREP (Commission technique pour l'orientation et le reclassement professionnel)

LA COTOREP

Texte de référence : Loi n°75534 du 30 juin 1975

Ce sont les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel.

Si un handicap vient perturber la vie sociale ou professionnelle d'un adulte, la COTOREP peut l'aider à faire un bilan de ses aptitudes, l'orienter, décider d'aides financières

blissements scolaires ou à domicile.

Deux autres structures peuvent également intervenir dans la prise en charge ambulatoire par l'Assurance maladie mais ne dépendent pas d'une décision d'orientation par la CDES, ce sont les : CAMSP – centres d'action médico-sociale précoce, c'est la première structure de prise en charge des enfants handicapés de 0 à 6 ans (articles L.343-1 et 2 du code de l'action sociale et de la famille), et les CMPP ou centres médico-psychopédagogiques qui assurent le dépistage et le traitement des troubles neuropsychologiques des enfants de 3 à 18 ans (orthophonie, psychothérapie, etc.) sous forme de forfaits de séances.

⁵ Il s'agit des instituts médico-éducatifs (IME) pour *déficients intellectuels ou inadaptés* de 3 à 20 ans. Ces instituts visent à assurer l'éducation spéciale et les soins. Les instituts médico-professionnels – IMPRO, assurent quant à eux la formation professionnelle ou pré professionnelle pour de 14 à 20 ans. Au sortir des IMPRO, avec l'aide de l'établissement et selon la décision de la COTOREP à partir de 20 ans, ces jeunes peuvent être orientés vers le milieu ordinaire de travail, le milieu protégé ou un Centre d'Aide par le Travail (CAT). Pour les *handicapés moteurs et les infirmes moteurs cérébraux* (annexe 24 bis de la loi n° 75-535) la prise en charge concerne les infirmes moteurs de 3 à 20 ans. L'objectif est d'apporter une éducation spéciale, les soins, les techniques médicales et rééducatives nécessaires à leur intégration. Pour les *polyhandicapés* (annexe 24 ter), sont prévus un internat ou semi-internat pour les handicaps grave à expression multiple associant des déficiences motrices et mentales sévères ou profondes et/ou une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression ou de relation. Sont visés les jeunes de 3 à 20 ans. Il s'agit dans ce cadre de leur apporter une éducation spéciale, des soins et une approche individualisée. Pour les enfants *déficients auditifs* (annexe 24 quater), la loi prévoit pour les jeunes de 3 à 20 ans un internat ou semi-internat pour déficients auditifs graves entraînant des troubles de la communication. L'objectif de ces structures est d'apporter un enseignement, l'accompagnement de la famille et une surveillance médicale. Enfin, pour les enfants *déficients visuels* (annexe 24 quinques) la loi propose un placement en internat ou semi-internat pour les enfants déficients visuels de 3 à 20 ans qui nécessitent des moyens spécifiques (suivi, acquisition scolaire, formation professionnelle). L'objectif est l'apport d'un enseignement, l'accompagnement de la famille et une surveillance médicale.

⁶ L'article 22 de la Loi N° 89-18 du 13/01/1989.

et sociales. Elle s'adresse aux adultes à partir de 20 ans (ou de 16 ans en cas d'entrée dans la vie active) et sans limite d'âge au delà. Avant 20 ans, ce sont les CDES qui sont compétentes.

La **première section** concerne les relations de la personne handicapée avec le travail : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, orientation vers le travail en milieu ordinaire ou protégé, aides financières au retour à l'emploi.

La **deuxième section** attribue des allocations (allocations pour adultes handicapés, allocation compensatrice), évalue le taux d'incapacité, et oriente vers les établissements d'accueil spécialisés pour handicapés.

Selon l'évaluation qui est faite de sa situation, la personne handicapée sera orientée vers l'une des deux sections voire les deux.

Elle est **composée de 24 membres** nommés ainsi que leur suppléant par la Commissaire de la République, pour une période de 3 ans renouvelable (article D.323-3-1 du code du travail) :

- ♦ Trois conseillers généraux ainsi que trois suppléants, élus par l'assemblée dont ils font partie ;
- ♦ Quatre personnes proposées conjointement en raison de leur compétence par le directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole, dont au moins un représentant de l'Agence nationale pour l'emploi et un médecin du travail ;
- ♦ Deux personnes désignées, en raison de leur compétence en matière d'action sanitaire et sociale, par le président du conseil général, dont un médecin et deux personnes désignées en raison de leur compétence par le préfet sur proposition du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, dont un médecin ;
- ♦ Une personne proposée en raison de sa compétence par le chef du service départemental de l'office national des anciens combattants et victimes de guerre ;
- ♦ Un médecin conseil des organismes de sécurité sociale sur proposition conjointe du directeur régional des affaires sanitaires et sociales et du chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole ;
- ♦ Quatre représentants des organismes d'assurance maladie et des organismes débiteurs de prestations familiales choisis sur proposition conjointe du directeur régional des affaires sanitaires et sociales et du chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et

de la politique sociale agricole, parmi les personnes présentées par les conseils d'administration de ces organismes.

- ♦ Deux personnes choisies en raison de leur compétence par le préfet sur proposition conjointe du directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales parmi les personnes présentées par les organismes gestionnaires des centres de rééducation professionnelle, des ateliers protégés et des centres d'aide par le travail du département, ainsi qu'une personne choisie en raison de sa compétence par le président du conseil général parmi les personnes présentées par les organismes gestionnaires de foyers d'hébergement pour les personnes handicapées ;
- ♦ Deux personnes choisies en raison de leur compétence par le préfet sur proposition conjointe du directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales parmi les personnes présentées par les associations représentatives des travailleurs handicapés.
- ♦ Une personnalité qualifiée choisie sur proposition du directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle parmi les personnes présentées par les organisations syndicales d'employeurs les plus représentatives ;
- ♦ Une personne qualifiée choisie dans les mêmes conditions parmi les personnes présentées par les organisations syndicales de salariés les plus représentatives.

La C.O.T.O.R.E.P. peut appeler à participer occasionnellement à ses travaux, à titre consultatif, toutes les personnes et notamment les spécialistes susceptibles de l'éclairer. Un membre de l'équipe technique est le rapporteur devant la commission.

La compétence territoriale de la commission est déterminée par le lieu de résidence du handicapé. Cette compétence peut toutefois être renvoyée par le président de la commission du lieu de résidence à celle du département ou l'intéressé se trouve en traitement ou en rééducation. Elle prend les décisions, éventuellement en présence du demandeur. Les décisions doivent être motivées et notifiées dans le délai d'un mois aux intéressés et faire l'objet d'une révision périodique.(maximum 5 ans).

Le secrétariat de la COTOREP (article D.323-3-4 du code du travail)

La commission dispose d'un secrétariat permanent dirigé par un secrétaire et un secrétaire adjoint nommés par le préfet sur proposition conjointe du directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et choisis parmi les agents des services dépendant de ceux-ci.

Il accueille et informe les personnes handicapées, enregistre les demandes en leur donnant un numéro de dossier, recueille toutes les pièces du dossier nécessaires à l'instruction de la demande.

L'équipe technique (article D.323-3-5 du code du travail)

Une équipe technique, dont la composition est arrêtée par le préfet et le président du conseil général, étudie les cas soumis à la commission, recueille les avis nécessaires et présente la synthèse de ses travaux à la commission qui statue. L'équipe propose des avis à la COTOREP.

L'équipe peut faire appel aux spécialistes qui lui sont extérieurs et dont le concours lui paraît nécessaire pour mener à bien l'instruction des demandes dont elle est saisie. Dans tous les cas, un ou plusieurs membres de l'équipe prend contact avec le handicapé et, s'il y a lieu, avec les parents de celui-ci ou avec les personnes qui en ont la charge effective ou qui sont ses représentants légaux. Elle est composée de professionnels de la santé et notamment de plusieurs médecins (le médecin conseil de la sécurité sociale, le médecin contrôleur de l'aide sociale, le médecin de la COTOREP)

Qui peut saisir la COTOREP ?

La commission est saisie :(article D.323-3-7 du code du travail) par la personnes handicapées elle-même ; par ses parents ou par les personnes qui en ont la charge effective ou qui sont ses représentants légaux ; par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et le directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ou le fonctionnaire qui exerce les fonctions de ce dernier compte tenu de l'activité professionnelle de l'assuré ; par l'Agence nationale pour l'emploi , avec l'accord du handicapé, lorsqu'elle a enregistré une demande d'emploi de celui-ci ; par l'organisme d'assurance maladie intéressé ; par l'organisme ou service appelé à payer une allocation à l'intéressé au titre de son handicap ; ou par l'autorité responsable de tout centre, établissement ou service médical ou social intéressé.

Dans tous les cas le handicapé et, s'il y a lieu, les personnes qui en ont la charge effective ou qui sont ses représentants légaux sont informés de la saisine.

La demande est réalisée avec un formulaire unique (ou téléchargeable) « demande d'une personne adulte handicapée » retirée auprès de

- la COTOREP
- L'ANPE
- la Caisse d'allocations familiales ou de la MSA
- CCAS de votre mairie

-DDASS et services départementaux de l'aide sociale

Aucune demande ne peut être faite sans l'accord de la personne handicapée.

Ce formulaire est retourné accompagné du certificat médical (imprimé type) au secrétariat de la cotorep qui peut convoquer le demandeur pour instruire le dossier.

La COTOREP doit délivrer systématiquement un accusé de réception de toute demande déposée auprès de son secrétariat.

L'instruction (article D.323-3-11)

Lorsque l'instruction d'une demande est achevée, cette demande est soumise pour décision à la section compétente compte tenu du rapport présenté par l'équipe technique. Si cette section estime qu'elle n'est pas compétente, l'affaire est immédiatement transmise à l'autre section où elle doit être examinée en priorité.

La convocation (article D.323-3-12)

Le handicapé et, s'il y a lieu, son représentant légal ou la personne qui en a la charge effective sont convoqués ainsi que l'auteur de la demande, lorsque ce dernier est une personne différente, à la séance au cours de laquelle la commission examine la demande.

Cette convocation est envoyée au moins dix jours à l'avance. Elle précise l'heure et le lieu de convocation ; elle rappelle la faculté offerte au handicapé de se faire assister par une personne de son choix. La personne handicapée peut demander à bénéficier des remboursements de frais de transport pour vous rendre auprès de la COTOREP :

La Décision (article D.323-3-15)

Outre leurs motifs, les décisions de la commission doivent préciser le délai dans lequel elles seront révisées. Ce délai ne peut excéder cinq ans. Il est porté à 10 ans pour des personnes présentant un handicap irréversible ou non susceptible d'évoluer favorablement. Les décisions sont notifiées dans le délai d'un mois au demandeur et aux autres personnes ou organismes intéressés.

Les personnes qui en font la demande doivent pouvoir bénéficier en une seule instance de l'ensemble des avantages auxquels elles peuvent prétendre, dès lors que ceux-ci sont subordonnés à un critère identique. Exemple, l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés au titre de l'article 35-1 ou de l'allocation compensatrice peut être accompagnée de l'attribution de la carte d'invalidité.

Par ailleurs, les échéances des différentes décisions prises par la commission, doivent être, dans la mesure du possible, harmonisées.

La procédure d'urgence :

Lorsqu'une demande appelle manifestement une réponse urgente, une procédure spécifique doit pouvoir lui être appliquée. Cette procédure doit être mise en œuvre de façon extrêmement sélective et doit être réservée à des situations particulières relevant de la 2^e section pour : (circulaire ministérielle n° 8409 du 25/05/1984 relative au fonctionnement des COTOREP)

- éviter la rupture des droits.

- faciliter la sortie d'un établissement (demande d'allocation compensatrice avec recours à une tierce personne rémunérée ou à un service payant d'auxiliaire de vie...).

- accélérer les procédures d'attribution des avantages et prestations sociales pour les personnes atteintes par le virus VIH (SIDA) ou présentant une affection évolutive grave (instruction ministérielle n° 94-32 du 29 septembre 1994 et circulaire ministérielle 97 -574 du 25 août 1997)

Selon sa situation, une personne handicapée peut être orientée vers une des deux sections de la COTOREP (Article D323-3-8 du code du travail)

La première section reconnaît la qualité de travailleur handicapé et oriente vers un emploi ou une formation professionnelle et y associe éventuellement des aides financières.

La deuxième section apprécie le taux d'incapacité en vue de l'attribution éventuelle d'allocations diverses (allocation aux adultes handicapés, Allocation compensatrice, allocation de logement), étudie l'orientation vers un établissement social ou médico-social, et répond aux demandes de carte d'invalidité ou de macaron GIC.

La première section

Sa fonction est de reconnaître la qualité de travailleur handicapé (RQTH) : « est considéré comme travailleur handicapé, toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentale et le classe dans une des 3 catégories suivantes (article D323-12 et R323-32 du code du travail) :

A handicap léger

B handicap modéré

C handicap grave

Quel est l'intérêt d'être reconnu travailleur handicapé ?

Les personnes reconnues handicapées ont accès à l'ensemble des mesures d'aide à l'emploi ; par contre, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé n'entraîne pas l'attribution d'une allocation. Elles appartiennent dès lors à la liste des bénéficiaires de l'obligation d'emploi imposées à toute entreprise d'au moins 20 salariés (articles L323-1 et suivants du code du travail), d'avoir dans son effectif au moins 6% de travailleurs handicapés. Si l'employeur n'applique pas cette obligation, il doit verser une contribution financière à l'AGEFIPH dont les fonds sont utilisés pour des actions en faveur des handicapés (Loi 87-517 du 10 juillet 1987).

La cotorep fixe les éventuels abattements de salaire dans l'entreprise compensés par un complément de salaire permettant de respecter une garantie minimale de ressources. Selon la formule : garantie de ressources = salaire perçu (après abattement éventuel) + complément de salaire

Les abattements de salaire

Les travailleurs handicapés bénéficiaires de l'obligation d'emploi perçoivent un salaire qui ne peut être inférieur à celui qui résulte de l'application des dispositions législatives et réglementaires ou de la convention ou de l'accord collectif de travail (article L.323-6) ; il ne peut donc en principe, être inférieur au S.M.I.C. Cependant, lorsque le rendement professionnel des intéressés est notoirement diminué, des réductions de salaire peuvent être autorisées (article L.323-6). C'est ce montant de l'abattement qui est fixé par la COTOREP (article D.323-13 du code du travail).

L'abattement de salaire ne peut être appliqué que dans le cas où le travailleur de capacité réduite et de rendement notoirement diminué a été reconnu travailleur handicapé.

Il ne peut excéder :

Pour la catégorie B, 10 % du salaire normalement alloué au travailleur valide accomplissant la même tâche ;

Pour la catégorie C, 20 % de ce même salaire.

Dans le cas où par suite des abattements opérés selon les règles fixées à l'article D. 323-12, le salaire offert au travailleur handicapé deviendrait inférieur au salaire minimum de croissance , la décision est prise par le directeur départemental du travail et de la main-d'oeuvre si la réduction n'excède pas 10 % du minimum garanti et par le directeur régional lorsque la réduction est supérieure à 10 % de ce minimum (article D.323-14) Les décisions d'abattements de salaire peuvent dans les huit jours de leur notification faire l'objet d'un recours devant la commission départementale des handicapés.

La garantie de ressources est réalisée grâce à un complément de salaire versé aux travailleurs handicapés exerçant une activité professionnelle leur assurant ainsi un revenu minimum garanti. Elle est différente selon le lieu d'exercice de l'activité professionnelle.

En milieu ordinaire de travail,

Le montant des ressources garanties au travailleur est égal au montant du salaire normalement alloué au travailleur valide effectuant la même tâche. Le complément de ressources versé ne peut être supérieur à 20 % du SMIC ni avoir pour effet de porter les ressources garanties à plus de 130 % du SMIC

Ce complément est versé par l'AGEFIPH (association gérant le fonds de développement pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) depuis le 01/01/97.

En milieu protégé

En atelier protégé ou en centre distribution de travail à domicile, lorsque le salaire versé par l'employeur est compris entre 35 et 45 % du SMIC, le complément de rémunération est fixé forfaitairement à 55 % du SMIC. Ainsi, la garantie de ressources est comprise entre 90 et 100 % du SMIC. Si le salaire "employeur" est supérieur à 45 % du SMIC, le complément de salaire ne peut amener la garantie de ressources au delà de 130 % du SMIC.

En CAT, si le salaire employeur est compris entre 5 et 20 % du SMIC, le complément de rémunération est fixée forfaitairement à 50 % du SMIC. Pendant la période d'essai en CAT, la personne handicapée ne perçoit pas la garantie de ressources (pas de revenus pendant cette période)

Une majoration ou « bonification » de la garantie de ressources peut s'appliquer selon une formule complexe si le salaire versé par l'employeur est supérieur à 20 % du SMIC en CAT et 45 % en atelier protégé.

En milieu protégé, le complément de salaire permettant d'atteindre la garantie de ressources est versé par l'État.

La seule condition requise pour bénéficier de la garantie de ressources est l'exercice effectif d'une activité professionnelle dans le secteur vers lequel la COTOREP a orienté la personne handicapée. La garantie de ressources est attachée à la rémunération horaire du travail et dépend donc du nombre d'heures de travail effectuées.

Le complément de salaire est maintenu pendant les arrêts maladie sauf en CAT.

L'orientation professionnelle

La COTOREP oriente le travailleur handicapé vers : le placement en milieu ordinaire ou protégé

Le placement en milieu ordinaire de travail :

La COTOREP ne gère aucune offre d'emploi et c'est l'Agence nationale pour l'emploi qui est chargée du placement des handicapés. Si la COTOREP préconise un travail en milieu ordinaire, l'ANPE et l'équipe technique de préparation et de suite au reclassement (EPSR)(articles R323-33-12 à 15 du code du travail) aident la personne handicapée dans la recherche d'un emploi. Cette aide peut être renforcée par les organismes d'insertion et de placement (OIP) constituées le plus souvent en associations. L'AGEFIPH est un partenaire incontournable de l'insertion des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail en partenariat avec les associations de type CAP EMPLOI (EPSR et OIP).

Rappelons que le candidat à l'emploi ne peut faire l'objet d'un refus d'embauche de la part de l'employeur en raison de son état de santé ou d'un handicap (loi n°90-602 du 12/07/1990) - ce refus est alors passible de sanctions pénales.

Seul le médecin du travail peut se prononcer sur l'aptitude au travail lors de l'examen d'embauche (article R 241-48 du code du travail) Cet examen a pour but de vérifier si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres salariés et de s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel le chef d'établissement envisage de l'affecter. Ces dispositions ont pour conséquence, l'interdiction à tout employeur de rechercher des renseignements sur l'état de santé ou le handicap d'un candidat en dehors de ceux qui figurent sur la fiche d'aptitude remplie par le médecin du travail. De plus, l'article 27 de la loi n°92-1146 du 31/12/1992 énonce : « aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement en raison de son origine, de son sexe, de ses mœurs, de sa situation de famille ou sauf inaptitude constatée par le médecin du travail, en raison de son état de santé ou de son handicap ». (art. L.122-45 du code du travail)

Le placement peut se faire soit par placement direct auprès d'un employeur, soit après des stages [une **préorientation** (article R323-33-1 du code du travail)]

Si la COTOREP a des difficultés à décider de l'orientation d'une personne handicapée, elle peut l'adresser à un centre de préorientation : ce sont des organismes de bilan ayant pour objectif d'évaluer les capacités des personnes handicapées, de définir la meilleure orientation possible et un projet professionnel tenant compte de leurs aptitudes intellectuelles et physiques et de leurs souhaits personnels. Ce sont des stages d'une durée moyenne de 8 semaines (et qui ne dépassent pas 12 semaines) ; la personne est mise en situation correspondant à différents métiers. Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie et la personne handicapée reçoit une aide financière calculée comme les

rémunérations des stagiaires de la formation professionnelle. Le rapport de stage est transmis à la COTOREP qui pourra prendre alors sa décision d'orientation.

Une formation

l'apprentissage : le contrat est délivré par la C.O.T.O.R.E.P., l'âge maximum d'admission en apprentissage est de 25 ans (peut être porté à 26 ans sur décision de la COTOREP), et la durée peut dépasser d'un an la durée normale de tout apprentissage. Ces aménagements peuvent porter également sur les modalités de l'apprentissage (enseignement théorique par correspondance). L'employeur recevant en formation un apprenti handicapé peut bénéficier de primes visant à compenser le manque à gagner ou les dépenses supplémentaires.

l'éducation, la rééducation professionnelle, le réentraînement au travail (articles R323-34 à 41 du code du travail)

La rééducation professionnelle consiste à réinsérer tout bénéficiaire de l'Assurance Maladie devenu inapte à exercer sa profession du fait d'une maladie ou d'un accident (professionnel ou non). Le travailleur handicapé peut bénéficier d'une rééducation et réadaptation ou d'une éducation professionnelle, soit dans un centre spécialisé public ou privé, soit dans un centre de formation professionnelle collectif ou d'entreprise, soit directement chez un employeur. La personne handicapée doit, pour être admise dans un centre de rééducation professionnelle, faire d'abord une demande d'orientation en formation auprès de la COTOREP.

Les personnes handicapées bénéficient alors :

- de la prise en charge par la sécurité sociale (sous réserve d'ouverture des droits)
- de frais de stage et indemnités de rééducation professionnelle en centre agréé ou chez un employeur. En centre, le stagiaire peut cumuler les indemnités avec celles versées par le Fond national de l'emploi ou ne percevoir que ces dernières. Si la sécurité sociale ne peut intervenir, l'aide sociale prend en charge les frais de stage.
- des aides financières accordées aux stagiaires de formation professionnelle.
- de prêts d'honneur à l'issue des stages de rééducation professionnelle, à la charge de l'Etat, ou de la sécurité sociale et destinées à faciliter leur reclassement.

le contrat formation : c'est un cas particulier de la décision COTOREP; ce contrat est passé avec l'organisme d'assurance maladie après décision de la COTOREP. Ce contrat passé entre l'employeur et l'assurance maladie obéit à des règles particulières selon sa durée : pour un contrat de 12 mois par exemple, l'assurance maladie paye intégralement les 3 premiers mois (indemnités journalières et/ou secours) et pour les 9 autres mois, la rémunération se partage à 50% entre l'employeur et l'Assurance Maladie.

Ce contrat doit être conclu

- en accident du travail, dans les deux ans qui suivent la consolidation de l'accident du travail.
- en maladie, pendant une période indemnisée (avant l'inscription au chômage).

Le milieu protégé

La COTOREP peut aussi orienter la personne handicapée vers un emploi en établissement de travail protégé lorsque le placement en milieu ordinaire de production n'est pas possible (capacité de travail incompatible avec le placement en milieu ordinaire)

les ateliers protégés et centres de distribution de travail à domicile : capacité de travail supérieure ou égale au 1/3 de la capacité normale (articles R323-59 à 73 et D323-17 à D323-25-5 du code du travail)

L'atelier protégé ou le centre de distribution de travail à domicile est une entreprise qui offre aux travailleurs handicapés les conditions particulières d'emploi nécessaires à l'exercice de leur profession et dont la production s'intègre dans l'économie normale de marché. Il doit en outre, favoriser la promotion des travailleurs handicapés et leur accession à des emplois dans le milieu ordinaire de travail. Il peut être créé par des collectivités et organismes publics et privés et notamment par des entreprises. Le plus souvent, la gestion est assurée par une association de handicapés.

Le travailleur handicapé peut être embauché par l'atelier protégé ou le centre de distribution de travail à domicile qui lui est assimilé, à condition d'avoir une capacité de travail au moins égale au tiers de la capacité normale (article D.323-25-1 du code du travail) ; il est, dans ce cas, considéré comme un salarié à part entière.(cotisation chômage sur les salaires et possibilité de percevoir l'ASSEDIC en cas de chômage).

La loi d'orientation a prévu que des travailleurs handicapés employés dans un atelier protégé puissent être mis à la disposition (sous certaines conditions) d'un employeur.

Les centres d'aide par le travail (C.A.T.) : capacité de travail inférieure ou égale au 1/3 de la capacité normale

« Les CAT, comportant ou non un foyer d'hébergement, offrent aux adolescents handicapés, qui ne peuvent, momentanément ou durablement, travailler ni dans les entreprises ordinaires ni dans un atelier protégé ou pour le compte d'un centre de distribution de travail à domicile ni exercer une activité professionnelle indépendante, des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, un soutien médico-social et éducatif et un milieu de vie

favorisant leur épanouissement personnel et leur intégration sociale » (article L.344-2 à 7 du code de l'action sociale et de la famille – partie législative)

Ils ont donc une double finalité :

1. faire accéder, grâce à une structure et des conditions de travail aménagées, à une vie sociale et professionnelle des personnes handicapées momentanément ou durablement incapables d'exercer une activité professionnelle dans le secteur ordinaire de la production ou en atelier protégé.
 - activités diverses professionnelles : horticulture, agriculture, menuiserie, atelier de montage, couture...
 - soutien médico-social grâce à des éducateurs, kiné, psychologues, infirmiers...
2. permettre à celles d'entre ces personnes qui ont manifesté, par la suite, des capacités suffisantes, de quitter le centre et d'accéder au milieu ordinaire de travail ou à un atelier protégé. A l'inverse, d'autres pourront être dirigées secondairement vers d'autres modes d'hébergement (foyers de vie, foyer occupationnel).

Tout en étant juridiquement des établissements sociaux, les centres d'aide par le travail (C.A.T.) sont simultanément une structure de mise au travail et une structure médico-sociale dispensant les soutiens requis par l'intéressé et qui conditionnent pour lui toute activité professionnelle. Ils sont, pour la plupart, gérés par des associations de handicapés.

Qui est accueilli en CAT ?

Les personnes handicapées, à partir de l'âge de 20 ans, dont la capacité de production est inférieure ou égale au 1/3 de celle d'un travailleur valide, mais dont l'aptitude potentielle est suffisante pour justifier leur admission. Toutefois l'accueil est possible de 16 à 20 ans mais la COTOREP doit recueillir l'avis de la CDES avant de prononcer l'admission.

L'admission devient définitive après décision de la COTOREP au bout de 6 mois en moyenne d'une période d'essai dans le CAT.

Quel est le statut des personnes accueillies en CAT ?

Les personnes accueillies en CAT ne relèvent pas, contrairement à celles qui sont embauchées en atelier protégé, du Code du travail dans les mêmes conditions que tout salarié. Le handicapé en CAT n'est pas soumis à un contrat de travail, ne peut être licencié ni être soumis à une obligation de production précise. (pas de cotisation chômage)

Quelle est la rémunération ?

Le handicapé reçoit une garantie de ressources versée en partie par le CAT (le salaire direct) et en partie par l'Etat (le complément de rémunération). A ces ressources, vient

s'ajouter l'allocation aux adultes handicapés permettant d'atteindre ainsi 100 à 110% du SMIC.

L'orientation professionnelle peut être facilitée par des aides financières : primes de reclassement : (articles D.323-5 à 10 du Code du Travail)

Dans les suites d'un stage de rééducation et de formation professionnelle, le travailleur handicapé peut bénéficier d'une prime destinée à faciliter son reclassement.

Pour prétendre au bénéfice des primes de reclassement, les travailleurs handicapés se trouvant dans la situation prévue ci-dessus doivent :

1° Avoir suivi intégralement dans des conditions jugées satisfaisantes par le directeur du centre de rééducation, de réadaptation ou de formation professionnelle ou par l'employeur le stage auquel ils ont été admis ;

2° Produire une attestation certifiant qu'ils ne peuvent bénéficier au titre de la législation dont ils relèvent d'une prime de même nature ;

3° S'ils ne possèdent pas la nationalité française, résider en France depuis trois ans au moins à la date de leur admission en stage.

La demande de prime doit être adressée à la COTOREP au plus tard dans le mois qui suit la fin de stage. Le montant de la prime varie de 500 à 1000 F.

subventions d'installation : une subvention peut être accordée aux travailleurs handicapés qui s'orientent vers la création d'une entreprise avec le statut de travailleur indépendant - il faut s'adresser à l'AGEFIPH.

Les recours contre les décisions de la première section

La COTOREP doit délivrer systématiquement un accusé de réception de toute demande déposée auprès de son secrétariat. La décision de la COTOREP doit être motivée et notifiée à l'intéressé, avec l'indication des recours possibles.

Pour les 3 fonctions essentielles de la première section définies à l'article L.323-11

1. Reconnaître la qualité de travailleur handicapé ;

2. Se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son reclassement ;

3. Désigner les établissements ou les services concourant à la rééducation, au reclassement et à l'accueil des adultes handicapés,

Le décret 2001-532 du 20 Juin 2001 précise le délai de réponse maximal par défaut

Art. 60. - La sous-section 1 de la section II du chapitre III du titre II du livre III du code du travail est complétée par un article R. 323-33 ainsi rédigé : « Art. R. 323-33. - Le silence gardé pendant plus de quatre mois par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel sur les demandes visées à l'article L. 323-11 vaut décision de rejet. »

La COTOREP informe l'ANPE en cas de placement direct auprès d'une entreprise, l'établissement ou le centre d'accueil en cas de placement dans ces structures.

Les décisions de la COTOREP s'imposent aux établissements qu'elle désigne, aux organismes de sécurité sociale et d'aide sociale, aux organismes chargés du versement des prestations. Par contre, seule la personne handicapée elle-même et les entreprises peuvent contester la décision de la COTOREP.

Un premier recours gracieux est toujours possible auprès de la COTOREP elle-même.

Le recours contre une décision doit être exercé auprès de la Commission départementale des travailleurs handicapés, des mutilés de guerre et assimilés dans le mois suivant la notification de la décision si la personne handicapée conteste la décision relative à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (article L.323.11 du code du travail) ou le classement dans une des catégories A, B, C (article L.323.12 du code du travail). Le recours peut être aussi exercé si la personne handicapée conteste la décision prise en matière d'orientation par la COTOREP (article L.323.11-2 du code du travail)

Les décisions de la commission départementale des travailleurs handicapés sont rendues en premier et dernier ressort et sont seulement susceptibles de pourvoi en cassation devant le Conseil d'Etat auprès du tribunal du contentieux de l'incapacité (T.C.I.), dans un délai de deux mois à compter de la réception de la notification, si vous contestez la désignation des établissements proposés par la COTOREP (article L.323.11-3 du code du travail) - ses décisions sont susceptibles d'appel devant la Cour nationale de l'incapacité et ultérieurement en cassation.

Les conclusions médicales contenues dans la décision pourront être communiquées, sous pli séparé, à votre médecin, sur votre demande.

LA DEUXIEME SECTION

Elle chiffre le taux d'incapacité : la référence est le guide-barème applicable pour l'attribution des prestations aux personnes handicapées (Décret du 04/11/1993). Aucun rapport avec le barème d'accident du travail de la sécurité sociale.

- ♦ décide l'attribution de la carte d'invalidité : comme les C.D.E.S, les C.O.T.O.R.E.P. sont compétentes pour décider de l'attribution de la carte d'invalidité aux handicapés adultes dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 80%.
- ♦ instruit les demandes de macarons "grand invalide civil" (GIC)
- ♦ décide de l'attribution des allocations suivantes : Allocation aux adultes handicapés (A.A.H.) et Allocation compensatrice de tierce personne et pour frais professionnels supplémentaires

Pour toutes ces demandes : attribution de l'allocation aux adultes handicapés et de l'allocation compensatrice, de l'allocation de logement ainsi que de la carte d'invalidité, le décret 2001-532 du 20 Juin 2001 précise le délai de réponse maximal par défaut : Art. 60. - La sous-section 1 de la section II du chapitre III du titre II du livre III du code du travail est complétée par un article R. 323-33 ainsi rédigé : « Art. R. 323-33. - Le silence gardé pendant plus de quatre mois par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel sur les demandes visées à l'article L. 323-11 vaut décision de rejet. »

Cette section peut décider de l'affiliation à l'assurance vieillesse gratuite de la tierce personne qui s'occupe de la personne handicapée à domicile. Dans ce cas, il faut que la personnes handicapées dans le foyer soit atteinte d'au moins 80 % d'incapacité permanente, soit qu'il s'agisse d'un enfant âgé de moins de 20 ans non admis en internat, ou bien encore soit un adulte dont le maintien au foyer a été reconnu souhaitable par la COTOREP (même s'il ne perçoit pas l'AAH). De plus, la tierce personne⁷ ne doit pas être affilié à l'assurance vieillesse et avoir un revenu inférieur à un plafond.

⁷ La tierce personne est la personne désignée par la cotorep : la circulaire DSS 4C N°239 du 15/04/1998 précise que cette affiliation gratuite n'est envisageable que pour la tierce personne s'occupant d'un enfant de moins de 20 ans ou qui devenu adulte doit selon la cotorep bénéficier d'un maintien au foyer familial - il faut donc que cette affiliation ait existé avant que la personne handicapée ait atteint 20 ans et se poursuive ensuite au delà avec l'avis de la cotorep - par contre, ne peut bénéficier de cette affiliation l'époux ou l'épouse qui joue le rôle de tierce personne pour sa femme ou son mari. Dans ce dernier cas, une assurance vieillesse volontaire assise sur des cotisations est possible auprès du régime général de la sécurité sociale. Cette circulaire a fait l'objet de plusieurs contentieux auprès du TASS qui ont permis à des tierces personnes appartenant à la famille proche d'une personne handicapée adulte de bénéficier d'une affiliation gratuite.

La COTOREP peut orienter le demandeur vers un établissement social ou médico-social

foyer d'hébergement :

Ils accueillent, sans notion de durée de séjour, des handicapés mentaux exerçant leur activité professionnelle en centre d'aide par le travail.(article 168 du code de la famille et de l'aide sociale). Pour rentrer dans les établissements médico-sociaux ci-dessous, il faut non seulement un avis d'orientation de la COTOREP mais être âgé de moins de 60 ans au moment de la réception de la demande par celle-ci.

Foyers de vie ou occupationnels :

Ce sont des structures de jour, créées en application de l'article 168 du code de la famille et de l'aide sociale, autonomes ou rattachées à des CAT, ils prennent en charge des adultes handicapés ayant conservé une certaine autonomie dans les actes ordinaires de la vie mais incapables d'exercer une activité professionnelle dans un atelier protégé ou un centre d'aide par le travail. Ils sont financés par les départements (aide sociale).

foyer à double tarification :

Ils ont été créés en application de la circulaire n°86-6 du 14/02/1986, relative à « la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes lourdement handicapés ». Ils accueillent en internat complet des « personnes adultes handicapées physiques, mentales (déficients intellectuels ou malades mentaux handicapés) ou atteints de handicaps associés dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence, ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants ». En principe, ils sont moins dépendants que ceux accueillis dans les MAS. Ils sont financés par l'assurance maladie par un forfait médical et par les départements, par un prix de journée, d'où leur nom de foyer à double tarification. Ce double financement fait que la personne accueillie n'est pas redevable du forfait journalier hospitalier.

Par contre, au titre de l'hébergement, l'aide sociale détermine la contribution à la charge de la personne handicapée en lui laissant toutefois le minimum légal de 12 % de l'AAH (66,85 euros).

Les maisons d'accueil spécialisé (MAS) :

Créée par l'article 46 de la loi 75-534 (du 30 juin 1975), la maison d'accueil spécialisée reçoit sur décision de la COTOREP (articles 1 et 2 du décret n° 78-1211 du 26 décembre 1978 - J0 du 28/12/78) des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuel, moteur ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants.

Les maisons d'accueil spécialisé doivent assurer de manière permanente aux personnes qu'elles accueillent : l'hébergement, les soins médicaux et paramédicaux ou correspondant à la vocation des établissements, les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes accueillies, des activités de vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation, destinées notamment à préserver et à améliorer les acquis et prévenir les régressions de ces personnes. Elles peuvent en outre être autorisées à recevoir soit en accueil de jour permanent, soit en accueil temporaire des personnes handicapées qui sont satisfaites aux conditions médicales définies ci-dessus

La circulaire 62 AS du 28/12/1978 du Ministère de la santé et de la famille précise qu'il résulte de cette définition que 4 conditions cumulatives doivent être réunies : existence d'un handicap - l'atteinte psychiatrique évolutive n'est pas une indication d'orientation vers une MAS - dans le texte de la circulaire, in extenso : cette condition conduit à écarter du champ d'application de l'article 46 (MAS) de la loi d'orientation, les malades mentaux dont l'état nécessite des traitements actifs et un soutien de caractère psychiatrique.

Certes, un grand nombre de malades pris en charge par les secteurs de psychiatrie peuvent apparaître comme des personnes incapables d'autonomie, mais cela ne doit pas masquer le fait que les troubles mentaux sont essentiellement évolutifs : par conséquent, les malades mentaux doivent rester à la charge des équipes de secteur, seuls capables de leur assurer la continuité nécessaire des soins et de provoquer les modifications de leur état mental leur permettant d'acquérir une certaine autonomie et de s'intégrer à la société.

En revanche, les MAS peuvent recevoir des personnes atteintes d'une déficience ou d'un ensemble de déficiences motrices ou somatiques graves, sensorielles ou intellectuelles, dès lors du moins que ces personnes ne présentent pas de troubles psychiatriques prédominants.

- ♦ âge adulte (handicap constaté avant l'âge de 60 ans)
- ♦ absence d'un minimum d'autonomie : les adultes handicapés en cause sont, en majorité, des personnes jeunes, atteintes d'un handicap congénital ou survenu pendant l'enfance ou l'adolescence et qui n'ont parvenu à un minimum d'autonomie, compte tenu des techniques mises en oeuvre avant leur arrivée à l'âge adulte. Il peut s'agir aussi de personnes victimes d'un accident ou atteintes d'une affection invalidante à l'âge adulte. Mais l'article 46 de la loi d'orientation ne concerne pas, l'évidence, les personnes ayant perdu leur autonomie en raison de l'âge ; ces personnes relèvent par définition des établissements de long séjour prévus par la loi hospitalière.
- ♦ L'absence d'autonomie est définie comme l'incapacité de la personne handicapée à se suffire à elle-même dans les actes essentiels de l'existence. Cette définition est elle-même

relative, mais elle met en relief la nécessité d'avoir constamment recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante...

- ♦ besoin d'une surveillance médicale et de soins constants : Les soins constants dont la personne admise dans une MAS doit avoir besoin ne sont pas des thérapeutiques actives ni des soins intensifs qui ne pourraient être dispensés que dans un établissement de soins. Il s'agit essentiellement : d'une surveillance médicale régulière avec de plus recours au médecin, en cas de besoin urgent, permettant de poursuivre les traitements et des rééducation d'entretien soit avec la collaboration des équipes soignantes qui les ont commencés, soit en coordination avec elles ; d'assurer le soins de maternage et de nursing que requiert l'état des personnes handicapées en prévenant les régressions ; de prendre toute mesure thérapeutique ou de soins propres à éviter une aggravation de l'état de ces personnes, voire leur hospitalisation.

Le mode d'accueil est essentiellement l'internat, mais des formules accessoires d'accueil de jour et d'accueil temporaire sont également possibles. Il fait suite dans nombre de cas à un séjour en IME (institut médico-éducatif) en principe à partir de l'âge de 20 ans et sans limite supérieure d'âge. La prise en charge du séjour se fait sous forme de prix de journée totalement assurée par les caisses d'assurance maladie. Par contre, le forfait journalier hospitalier est dû : en pratique, la CAF verse les 30 jours de forfait journalier hospitalier au titre de l'allocation aux adultes handicapés et y ajoute les 12% minimum auxquels est réduite l'AAH au terme de 45 jours d'hébergement complet, soit 66,85 euros. Exceptions : pas de réduction de l'AAH au delà du 45^{ème} jour si le bénéficiaire est marié, sans enfant, si son conjoint ne travaille pas pour un motif reconnu valable par la COTOREP. Rappelons que l'allocation compensatrice tierce personne est suspendue au delà du 45^{ème} jour d'hospitalisation en MAS.

ANNEXE 11

NOTE D'ORIENTATION DGEFP N° 99/33 DU 26 AOUT 1999 RELATIVE AUX PROGRAMMES DEPARTEMENTAUX D'INSERTION PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS HANDICAPES (PDITH)

Note d'orientation D.G.E.F.P. n° 99/33 du 26 août 1999 relative aux programmes départementaux d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (PDITH)

La Ministre de l'emploi et de la solidarité

A Madame et Messieurs les Préfets de région, Mesdames et Messieurs les Préfets de département, Directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (pour information) Directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (pour exécution) Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (pour information) Monsieur le directeur général de l'AFPA Monsieur le directeur général de l'ANPE Monsieur le directeur général de l'AGEFIPH

L'emploi et le reclassement des personnes handicapées constituent un élément déterminant de la politique de l'emploi. Ils ont été inscrits par le législateur comme une obligation nationale dans la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées ainsi que dans celle du 10 juillet 1987 relative à l'emploi des travailleurs handicapés.

Le ministre chargé de l'emploi coordonne l'activité des institutions et opérateurs publics ou privés qui concourent aux opérations relatives à cette obligation d'emploi.

Des efforts sont accomplis collectivement, cependant la stabilisation du taux d'emploi autour de 4% dans les entreprises est préoccupante et le chômage de longue durée des demandeurs d'emploi handicapés a augmenté.

A- Les objectifs de la politique de l'emploi en faveur des travailleurs handicapés

Lors du conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés du 26 novembre 1998, la ministre de l'emploi et de la solidarité a replacé l'emploi direct au cœur du dispositif de soutien aux travailleurs handicapés. Elle a fixé les priorités suivantes :

- Faire progresser le taux actuel d'emploi des travailleurs handicapés au-delà des 4% précités.
- Améliorer l'accompagnement individualisé,
- Renforcer la qualité et l'harmonisation des décisions d'orientation des COTOREP.

- Augmenter significativement l'effort de formation qualifiante et mettre en œuvre un plan concerté de développement de l'apprentissage et de l'alternance.
- Soutenir la mission de préparation à la vie professionnelle en milieu ordinaire imputée au dispositif de formation professionnelle initiale des jeunes handicapés.
- Mieux assurer la complémentarité entre le milieu ordinaire et le milieu protégé.
- Réaffirmer le rôle régulateur de l'État tout en reconnaissant pleinement le rôle joué par ses partenaires dans le cadre d'un partage des responsabilités clairement établi, et développer la coordination des interventions au sein des programmes départementaux d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (PDITH).

La convention d'objectifs conclue pour les années 1999 à 2003 entre l'État et l'AGE-FIPH le 9 décembre 1998 et le programme exceptionnel pour les années 1999 à 2001 prévoient des actions d'envergure, destinées à lever les obstacles structurels qui limitent l'accès à l'emploi. Des objectifs chiffrés ont été fixés:

- Réduire de 100 % le nombre des entreprises d'au moins 20 salariés n'employant aucun travailleur handicapé,
- Offrir chaque année une prestation de bilan évaluation orientation à 20 000 personnes handicapées,
- Proposer un appui individualisé à 90 000 jeunes et adultes handicapés supplémentaires relevant du dispositif " service personnalisé pour un nouveau départ vers l'emploi " dans le cadre du plan national d'action pour l'emploi (PNAE),
- Augmenter de 25% l'effort annuel de formation, particulièrement des chômeurs de longue durée, viser sur 3 ans 1 400 nouveaux contrats d'apprentissage supplémentaires et 2 400 contrats de qualification adultes expérimentaux.

La présente note définit la contribution apportée par les PDITH à la réalisation de cette action, qui intervient dans le cadre général formé par : un plan national d'action pour l'emploi qui met désormais en œuvre les lignes directrices de l'emploi adoptées au sommet européen de Luxembourg en novembre 1997 ;

- le programme de lutte contre les exclusions issu de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 qui vise la connaissance, la prévention et la maîtrise des effets de toutes les situations pouvant engendrer l'exclusion ; il impose de prendre toutes les dispositions nécessaires pour informer les personnes handicapées sur la nature et l'étendue de leurs droits ; il impose de les aider, éventuellement par un accompagnement personnalisé, à accomplir les

démarches administratives nécessaires à leur mise en œuvre dans les délais les plus rapides ;

- le programme de stratégie territoriale qui vise la lutte contre le Chômage de longue durée, la prévention et la lutte contre les exclusions et l'insertion des publics en difficulté.

B - L'objet des programmes départementaux d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés

La concertation

Une large concertation est organisée par les Préfets (DDTEFP) sur les priorités retenues à partir du diagnostic, auprès de l'ensemble des institutions et opérateurs concernés par l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

Le comité régional de la formation professionnelle, de la promotion sociale et de l'emploi (COREF) est informé des axes d'actions prioritaires et des objectifs de résultats des PDITH.

En outre, ces axes et objectifs sont présentés en séance plénière de la COTOREP et seront présentés au *conseil départemental consultatif des personnes handicapées qui sera prochainement mis en place.*

Dans le cadre du plan national d'action pour l'emploi, un protocole spécifique est mis en oeuvre. *Un groupe de travail* composé de représentants du Service Public de l'Emploi et de l'AGEFIPH se réunira au cours du second semestre 1999 afin d'élaborer, à partir des expériences déjà menées, *un système d'évaluation des PDITH.*

Par ailleurs dans la continuité des "Journées Partenaires" organisées en 1997 et 1998, l'Etat et l'AGEFIPH se sont engagés, dans le cadre de la convention d'objectifs, à créer une dynamique d'échanges pour approfondir et enrichir les bonnes pratiques, en capitalisant les expériences et les innovations.

Les moyens partenariaux

La convention d'objectifs entre l'État et l'AGEFIPH prévoit que les mesures spécifiques sont un complément des mesures de droit commun, afin de leur permettre de donner tout leur effet.

Le programme de lutte contre le chômage de longue durée, les créations d'emploi dans le cadre de la réduction du temps de travail, le programme nouveaux services - emplois jeunes constituent autant d'opportunités pour favoriser l'emploi des personnes handicapées.

L'AGEFIPH participe, dans l'esprit de la convention précitée, grâce aux mesures de son programme annuel et de son programme exceptionnel, à la mise en œuvre des actions du PDITH qui relèvent de sa compétence.

Les moyens des autres partenaires concernés sont également mobilisables, parmi lesquels l'appui spécifique individualisé (ASI) géré par la DDASS ou les actions de formation des conseils régionaux.

Il importe que l'État et l'AGEFIPH veillent, aux différents échelons administratifs, à la lisibilité globale des mesures respectivement mises en œuvre et à leur coordination.

Les crédits complémentaires délégués aux DDTEFP sont destinés à l'animation des PDITH (coordination, communication, études diagnostic-) et à des actions innovantes et/ou couvrant des besoins nouveaux identifiés.

Vous voudrez bien trouver en annexe quatre fiches méthodologiques concernant

1. l'organisation des PDITH
2. les procédures financières et comptables
3. la présentation des budgets des PDITH
4. l'évaluation des PDITH

Ces fiches sont destinées à vous aider à organiser votre action.

Vous voudrez bien faire part à la DGEFP (mission pour l'emploi des personnes handicapées) des difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente note.

FICHE 1 **L'organisation des PDITH**

Pour atteindre leurs objectifs, les PDITH doivent :

- permettre une meilleure lisibilité pour le travailleur handicapé, l'entreprise et les opérateurs, des moyens mis à leur disposition,

- favoriser la complémentarité des mesures en évitant leur dispersion, leur juxtaposition et leur concurrence. Il s'agit d'offrir la mesure la plus adaptée, au moment opportun grâce à une offre partenariale de service, plus proche et plus rapide.

Les PDITH n'ont pas pour finalité la création d'organismes supplémentaires se substituant à ceux dont les missions sont définies par les lois et règlements. Ils sont un lieu de concertation pour la conception, la programmation, le suivi et l'évaluation. Ils doivent favoriser la capacité d'innovation sur le terrain.

Les PDITH doivent être formalisés dans un document (accord-cadre pluriannuel, charte, convention d'objectifs ...), dont la signature par les principaux partenaires est un gage d'adhésion aux objectifs. Ce document fixe notamment :

- les axes prioritaires d'actions,
- les indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes annuels (ou pluriannuels) par rapport aux objectifs de résultats,
- l'organisation concrète du partenariat les missions précises des partenaires et de l'instance de coordination, la composition et le rôle des instances de décision et de consultation.

Une organisation du niveau opérationnel par bassin d'emploi peut permettre, notamment dans les départements ayant une population handicapée importante, d'être plus proche des problématiques des personnes handicapées et des réalités socio-économiques.

L'instance de consultation

Cette instance a pour vocation, outre les travaux bilatéraux qui peuvent être réalisés en amont, d'affiner le diagnostic spécifique travailleurs handicapés et par conséquent de contribuer à la fixation des objectifs et à la définition des axes d'actions prioritaires.

Cette instance réunit le Service Public de l'Emploi (DDTEFP dont les COTOREP, ANPE, AFPA), la DDASS, l'AGEFIPH, les conseils régionaux et généraux, **les organisations représentatives des employeurs et des salariés** et les associations représentatives des travailleurs handicapés. D'autres partenaires, en fonction de leur implication dans la

politique de l'emploi des travailleurs handicapés, peuvent y être représentés : CPAM, MSA, EPSR et OIP.

L'avis des organisations professionnelles sera particulièrement requis afin d'apprécier les perspectives d'emploi, les attentes et les besoins des entreprises.

Les opérateurs du PDITH (médecins du travail, missions locales, CRP et autres centres de formation, ateliers protégés ...) sont mobilisés dans des groupes de travail qui ont vocation à être force de propositions.

Le PDITH favorise la construction d'une culture commune, la communication, le passage de relais entre experts dans l'appréhension globale de la situation complexe des travailleurs handicapés et permet ainsi d'apporter une valeur ajoutée certaine à l'action menée, par rapport à l'intervention isolée de chacun des partenaires.

Cette instance est consultée sur les conclusions des diagnostics, les propositions d'axes d'actions prioritaires, les objectifs de résultats ainsi que sur l'évaluation. Elle se réunit en tant que de besoin et au moins une fois par an.

L'instance de décision

Elle est présidée par le Préfet (DDTEFP). L'AGEFIPH et l'ANPE en sont membres de droit. Y participe tout autre financeur impliqué dans le PDITH. Ses missions sont :

- d'arrêter les objectifs de résultats et les axes d'actions prioritaires,
- de garantir la transparence des actions menées par les partenaires du PDITH
- et de faire procéder à l'évaluation des actions et de l'impact du programme au regard des objectifs de résultats poursuivis et des moyens consacrés.

Pour assurer ces missions, elle dispose des sources d'information des partenaires, notamment les statistiques et bilans d'activité de l'AGEFIPH, l'ANPE, les EPSR-OIP et la COTOREP afin d'en permettre une meilleure exploitation.

L'instance de coordination

Si les partenaires estiment que la coordination opérationnelle des PDITH nécessite une instance spécifique, celle-ci est retenue par l'instance de décision quel que soit son mode d'organisation (agent de la DDTEFP ou marché conclu avec une association ou un prestataire de service du secteur marchand).

L'instance de décision fixe très précisément les missions déléguées à l'instance de coordination :

- participer à l'élaboration du diagnostic,
- réguler le système d'information entre les partenaires, - animer des groupes de travail thématiques,
- proposer de nouvelles pistes de réflexion et susciter l'émergence de projets - participer au suivi et à l'évaluation des actions...

Les prestations attendues sont évaluées par l'instance de décision.

L'instance de coordination ne se substitue ni à l'instance de décision, ni à l'instance de consultation, ni aux opérateurs des actions. En tout état de cause, cette fonction doit mobiliser des moyens légers.

Un groupe de travail composé de représentants de la DGEFP, des services déconcentrés et de l'AGEFIPH sera chargé de rédiger un cahier des charges type.

FICHE 2 **Les procédures financières et comptables**

Le principe

La politique de lutte contre le chômage des personnes handicapées repose sur la mobilisation en priorité des mesures de droit commun de la politique de l'emploi et si nécessaire de mesures spécifiques. Le PDITH est le lieu où s'articulent ces différentes mesures.

Pour éviter les doubles financements, les partenaires communiquent à l'instance de coordination les accords bilatéraux financés en dehors du PDITH.

Les crédits du chapitre 44-71 article 10, paragraphe d'exécution 70

Le DDTEFP engage ces crédits complémentaires en concluant des conventions ou en passant des marchés avec des associations ou des prestataires de services du secteur marchand (cabinets d'études, organismes de formation ...) selon les critères d'éligibilité suivants :

actions innovantes et/ou couvrant des besoins nouveaux identifiés : accueil et information du public, mise en place d'un système de signalement précoce dans le cadre du maintien dans l'emploi ...

animation du PDITH : coordination, communication, études diagnostics ...

Le DDTEFP fixe le niveau de participation de l'État.

Les dépenses sont engagées, liquidées et mandatées par les ordonnateurs secondaires départementaux et soumises, de ce fait, à l'avis préalable du contrôle financier local. L'engagement comptable doit correspondre à l'engagement juridique.

Chaque département adresse pour le 15 novembre de l'année N-1 un état des dépenses engagées de l'année N-1 et des besoins prévisionnels de l'année N. Une enveloppe annuelle qui constitue un plafond est notifiée en début d'année N.

50% de cette enveloppe est déléguée en début de l'année N. Le solde est délégué en milieu d'année N au vu d'un justificatif des dépenses engagées. Une délégation correspondant aux crédits reportés de l'exercice précédent intervient éventuellement en cours d'année.

FICHE 4 **l'évaluation des PDITH**

L'instance de décision veille à l'évaluation régulière des actions par rapport aux moyens juridiques, administratifs et financiers mis en œuvre et aux objectifs de résultats fixés. Les effets attendus sont relatifs aux bénéficiaires directs, travailleurs handicapés et entreprises, et aux institutions elles-mêmes (amélioration des orientations de la COTO-REP...).

Les évaluations doivent porter sur les flux (par exemple nombre de personnes entrées en entreprise) mais surtout sur les résultats (par exemple nombre de personnes handicapées qui restent dans le milieu ordinaire de travail). Les évaluations doivent également s'interroger sur la plus-value des PDITH : en quoi a-t-il permis d'accroître l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés par rapport au financement d'actions isolées ? A-t-il permis de toucher de nouveaux publics, d'accélérer les temps de traitement des problèmes, de développer de nouvelles méthodologies ?

L'instance de décision doit explicitement et préalablement prévoir les modalités de restitution et de diffusion des évaluations.

Dans l'attente des résultats du groupe de travail qui se réunira au second semestre 1999, il apparaît souhaitable que les programmes de l'année soient évalués. Ces évaluations devront comporter un bilan quantitatif des actions, mais il importe que des études d'impact des programmes soient également réalisées.

ÉPILOGUE

En mémoire de mes grands pères *Albert* qui perdit un œil à la guerre (la Grande) et *Julien* dont la « boîte à yeux » m'a fascinée toute mon enfance.

LE MONDE DU TOURNANT¹

L'autre jour, au déjeuner, nous avons trouvé un œil de verre dans la salade. Nous ne fûmes pas peu surpris de cette découverte, vu que nous étions seuls à la maison. Or si un œil de verre avait atterri dans cette salade (une simple salade de fruits aux cerises, toute fraîche sortie d'une boîte de conserve, comme nous l'aimons) il y avait de bonnes chances pour que son propriétaire fût encore caché quelque part chez nous, peut-être accroupi derrière les rideaux du salon, ou bien dissimulé à l'étage, dans un des placards. Nous imaginions un grand type avec les cheveux tombant en broussaille devant son œil valide, lequel œil, nous en étions sûrs, devait briller d'une lueur de folie meurtrière. Nous nous demandâmes s'il portait encore le pyjama dans lequel il s'était échappé de l'asile. Et nous établîmes qu'il n'était probablement pas rasé. Mais la principale interrogation, dans notre esprit, était plus fondamentale que les questions d'habillement ou de toilette : est-ce qu'il tenait un rasoir, ou une hache ? ou bien appartenait-il à l'école qui privilégie l'approche directe à mains nues ? En vérité, la présence d'un maniaque borgne quelque part dans la maison au moment du déjeuner nous rendait extrêmement méditatifs.

Cependant, l'œil de verre bleu pâle nous regardait fixement, depuis le saladier, parmi les cerises dénoyautées, les quartiers de poire, les dés d'avocat, les petits morceaux de melon et les raisins épépinés — un drôle d'intrus. Sa pupille noir de jais, entourée d'un iris bleu clair, ne correspondait nullement à notre idée de ce que devait contenir une bonne salade de fruits, et il nous sembla que, si nous l'avions avalé par inadvertance, nous lui aurions trouvé un goût de cérumen. En fait cet œil de verre, qui nous observait sans ciller, avait quelque chose d'inquiétant. Il est difficile de déterminer ce qui orienta ensuite le cheminement de notre pensée : peut-être le souvenir que l'oncle George, en Oklahoma, qui avait eu un dix-septième de sang cherokee du côté de sa mère, avait porté un œil de verre. Quoi qu'il en soit, nous songeâmes, pétrifiés, à ce que disent les philosophes hopis : à savoir que nous sommes à présent dans l'ère du Quatrième Monde, ce qu'ils appellent « le Monde du Tournant ». Peu importe ce que vous méritez, disent les Hopis, vous n'obtiendrez que ce que vous êtes capables de demander. Vous devez pouvoir créer le concept de vos propres désirs. Tout à coup, sans lever les yeux de notre assiette, sans même réfléchir à ce que nous faisons, nous ouvrîmes la bouche et nous nous entendîmes prononcer, d'une voix forte, quoique à demi étranglée : « Oh, par pitié, ne permettez pas que ce vieux maniaque borgne puisse nous avoir. Faites que tout se termine bien ». À vrai dire, cette réaction nous surprit.

Nous n'étions pas certains que la formulation de notre vœu correspondait bien à l'esprit de la philosophie hopi, et nous étions sur le point d'admettre que non, quand soudain, comme si la qualité de la lumière, dans la cuisine, s'était doucement mais définitivement modifiée, nous remarquâmes, au milieu de la table, sur le dessous de plat tressé, à côté du bol en verre ouvragé, la présence d'un DEUXIÈME œil de verre. Un rapide examen nous suffit à vérifier que ce deuxième œil de verre, également bleu clair, était de toute évidence le compagnon de celui qui se trouvait dans le saladier. Nous en conçûmes quelque soulagement. Un maniaque ayant perdu un œil de verre et se cachant dans la maison, c'était une chose. Mais un maniaque qui en avait perdu deux, c'en était une autre. Vraiment, nous comptons bien pouvoir venir à bout d'un maniaque aveugle.

¹ Al Ackerman, *Maître Ling & autres histoires*, Bassac, La Tête Reposée, Plein Chant, 1995, p. 36-38.