



## PARTIE 4 :

# LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES

<b>Chapitre 1 : LES DISPOSITIFS DÉDIÉS AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI</b>	<b>152</b>
I. Le risque d'inaptitude au travail : le rôle central du médecin du travail	153
II. Les moyens organisationnels et humains	157
III. Les moyens financiers : les mesures de l'Agefiph	158
<b>Chapitre 2 : LES ACTIONS RELATIVES AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES ET LES RÉSULTATS DE CES ACTIONS</b>	<b>159</b>
I. Le volume des interventions	160
II. Les conditions d'interventions des cellules maintien :	
la charge de travail et le temps à consacrer par dossier	161
III. Les mesures d'aide aux maintiens	163
IV. Résultats des interventions	166
SYNTHÈSE : LES CONFIGURATIONS DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI	171

## CHAPITRE 1 : LES DISPOSITIFS DÉDIÉS AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Les dispositifs de maintien dans l'emploi s'adressent aux salariés handicapés dont le handicap survient ou s'aggrave, ou dont le contrat de travail est suspendu en raison d'une inaptitude constatée par le médecin du travail (voir encadré méthodologique).

Ces personnes fragilisées par leur état de santé risquent de ne plus être en mesure d'occuper leur poste de travail. Elles font l'objet d'un **signalement** et peuvent s'adresser auprès des structures EPSR-OIP qui décident alors d'ouvrir, ou non, un dossier pour suivre leur cas<sup>1</sup>. Les **causes d'inaptitudes** peuvent être liées au handicap, à un accident du travail, un accident de trajet, ou un autre type d'accident, ou encore à une maladie, professionnelle ou non. **Seul le médecin du travail peut délivrer un avis d'inaptitude au travail.**

Les **dispositifs de maintien** dans l'emploi ont pour objectifs de maintenir dans l'emploi, par la mise en œuvre de solutions adaptées, les personnes menacées par un risque d'inaptitude au travail. **Les cellules maintien** (structures porteuses des Cap Emploi) consacrent une partie de leurs ressources organisationnelles et humaines au maintien dans l'emploi, à côté de l'activité d'insertion réalisée sous le label Cap Emploi. L'**Agefiph** propose également des possibilités de subventions destinées à couvrir les dépenses pour la mise en œuvre d'une solution de maintien dans l'emploi.

### LÉGISLATION

#### L'inaptitude au travail

L'inaptitude est la situation dans laquelle se trouve le salarié qui n'est plus en capacité d'exécuter son contrat de travail en raison de son état de santé. Elle s'apprécie donc par rapport aux tâches confiées au salarié, autrement dit par rapport à son poste de travail. L'inaptitude peut être partielle ou totale, temporaire ou définitive. On parle d'inaptitude partielle lorsque l'état de santé du salarié lui permet d'accomplir une partie des tâches correspondant à son poste. Elle s'oppose à l'inaptitude totale qui empêche le salarié d'accomplir l'ensemble des tâches correspondant à son poste mais lui permet d'occuper un emploi différent. L'inaptitude totale ou partielle peut ensuite être temporaire (le salarié pourra reprendre l'ensemble de ses tâches à l'issue d'une période relativement déterminable) ou définitive (le salarié ne pourra plus reprendre son poste de travail initial). On distingue ensuite l'inaptitude en fonction de sa source. En effet, l'inaptitude d'origine professionnelle (qui découle d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle) ou d'origine non professionnelle n'entraîne pas les mêmes conséquences en termes de droits pécuniaires pour les salariés.

Enfin, il convient de ne pas confondre la notion d'inaptitude avec celle d'invalidité. L'invalidité est une notion propre au droit de la Sécurité sociale, alors que la notion d'inaptitude relève du droit du Travail.

L'état d'invalidité résulte d'une appréciation globale de la perte de capacité par rapport à l'ensemble des possibilités d'emploi existant pour l'intéressé, alors que l'inaptitude est évaluée par rapport au poste de travail de l'intéressé. C'est pourquoi un salarié peut être reconnu inapte au travail, sans avoir droit à une pension d'invalidité et inversement, le classement en invalidité par la Sécurité sociale n'entraîne pas automatiquement l'inaptitude du salarié. L'inaptitude n'existe que si elle est constatée par le médecin du travail, qui connaît tous les postes de l'entreprise et leurs possibilités d'aménagement, alors que l'invalidité est appréciée par le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie.

Le licenciement pour inaptitude est la seule hypothèse dans laquelle l'état de santé ou le handicap d'un salarié peut conduire l'employeur à le licencier.

<sup>1</sup> Nous conservons la terminologie de structures porteuses des Cap Emploi ici, quand bien même l'activité de maintien n'est pas couverte par le label Cap Emploi. Cette appellation est extensive, puisqu'il s'agit des associations gestionnaires. Cependant, les compétences et les données utilisées pour cette analyse proviennent de ces associations.

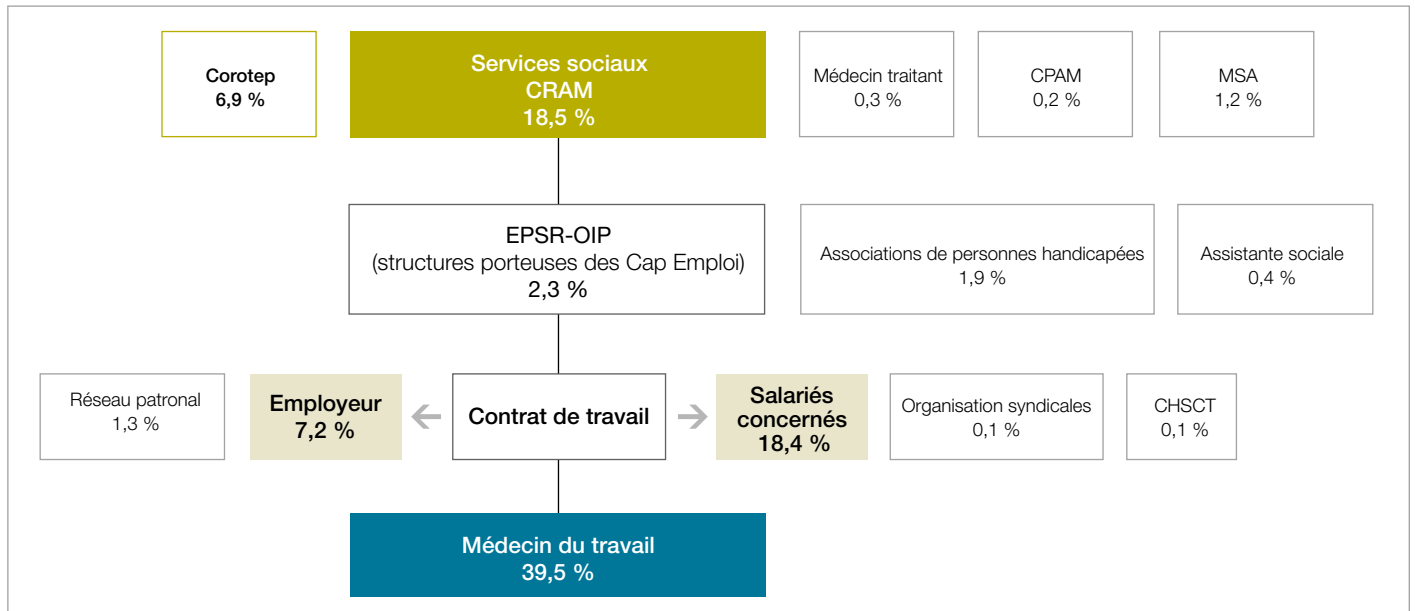
## I. LE RISQUE D'INAPTITUDE AU TRAVAIL : LE RÔLE CENTRAL DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Les personnes menacées par un risque d'inaptitude occupent un emploi, mais peuvent être en arrêt de travail. L'enjeu d'un signalement précoce est d'anticiper tout risque d'inaptitude au moment de la reprise d'emploi et de mobiliser, si besoin est, les outils de maintien appropriés. Les principaux acteurs qui interviennent dans le signalement sont le médecin du travail, les services sociaux de la CRAM, les personnes handicapées salariées, l'entreprise qui emploie une personne handicapée, et la Cotorep<sup>2</sup>.

### MÉTHODOLOGIE

Ces estimations proviennent des données fournies par les structures porteuses des Cap Emploi (EPSR-OIP) qui effectuent des actions de maintien. Il s'ensuit logiquement que les personnes handicapées qui ne passent pas par les EPSR-OIP ne sont pas prises en compte. **On se base ici uniquement sur les nouveaux dossiers ouverts en 2003.** Pour chaque dossier ouvert, plusieurs signalements ont pu être faits.

L'origine du signalement parmi les nouveaux cas de maintien suivis par les Cap Emploi



968 signalements en Provence - Alpes - Côte d'Azur en 2003  
 (parmi les nouveaux dossier de maintiens ouverts par les EPSR-OIP)

Source : Cap Emploi – 2003 – Traitement ORM.

Sur dix nouveaux dossiers ouverts en 2003, quatre ont été signalés par le médecin du travail (tableau 1)

Le rôle des acteurs institutionnels et opérationnels est loin d'être homogène sur le territoire, et les personnes fragilisées sont très inégalement encadrées.

- Dans les Hautes-Alpes, le médecin du travail n'est à l'origine que d'un signalement sur dix.
- Le rôle des services sociaux n'est pas très important dans le Var et le Vaucluse, alors qu'ils signalent entre un cas sur trois et un cas sur cinq dans les autres départements.

<sup>2</sup>D'autres acteurs peuvent toutefois jouer un rôle lors du signalement, notamment les EPSR-OIP (structures porteuses des Cap Emploi), les associations de personnes handicapées, le réseau patronal, les organisations syndicales de salariés, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), le médecin traitant, la CPAM, ou encore l'inspecteur du travail. Le rôle effectif joué par ces différents acteurs dans le signalement est toutefois minime.

- La Cotorep intervient très peu dans les signalements des Alpes-de-Haute-Provence et du Vaucluse.
- L'entreprise concernée ne semble jouer un rôle que dans le Var et le Vaucluse.
- Le réseau patronal est particulièrement impliqué dans le Var, ce qui est à rapprocher de la densité des liens noués entre le PDITH et l'union patronale.
- Dans le Vaucluse, les Hautes-Alpes, les Bouches-du-Rhône et le Var, la proportion de salariés qui signalent eux-mêmes leur risque d'inaptitude est particulièrement alarmante.

**TABEAU 1 L'ORIGINE DU SIGNALEMENT SELON LE DÉPARTEMENT (LES NOUVEAUX CAS DE MAINTIEN SUIVIS PAR LES CELLULES MAINTIEN EN 2003) EN %**

Origine du signalement (pour les dossiers ouverts dans l'année) <small>important : un cas peut se traduire par plusieurs signalements</small>	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
Médecin du travail	64,8	10,3	52,4	40,8	38,0	29,8	39,5
Services sociaux CRAM	29,6	33,3	29,3	21,5	4,4	2,6	18,5
Salarié concerné	1,9	25,6	0,0	17,6	23,4	37,1	18,4
Entreprise concernée	1,9	1,3	1,2	3,6	14,6	19,9	7,2
Cotorep	1,9	9,0	11,0	7,4	8,2	0,7	6,9
EPSR-OIP	0,0	12,8	0,6	1,1	1,9	2,6	2,3
Association de personnes handicapées	0,0	1,3	0,6	3,0	0,0	3,3	1,9
Autre	0,0	5,1	0,0	3,0	0,6	0,0	1,7
Réseau patronal	0,0	0,0	0,0	0,6	5,7	1,3	1,3
MSA	0,0	1,3	4,3	0,3	0,0	2,0	1,2
Assistante sociale, hors CRAM	0,0	0,0	0,0	0,3	1,9	0,0	0,4
Médecin traitant	0,0	0,0	0,6	0,3	0,6	0,0	0,3
CHSCT	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,1
Organisation syndicale de salariés	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,1
CPAM	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,2
Inspecteur du travail	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Nombre de dossiers individuels ouverts au cours de l'année 2003	46	78	151	363	158	140	936
Nombre de signalements par dossiers ouverts	1,2	1,0	1,1	1,0	1,0	1,1	1,0

Source : Cap Emploi – 2003 – Traitement ORM.

Note de lecture : les pourcentages encadrés en bleu indiquent une surreprésentation, en rose sont encadrées les catégories sous-représentées.

Les causes du risque d'inaptitude peuvent être liées, soit à une aggravation du handicap, soit à un accident, soit à une maladie.

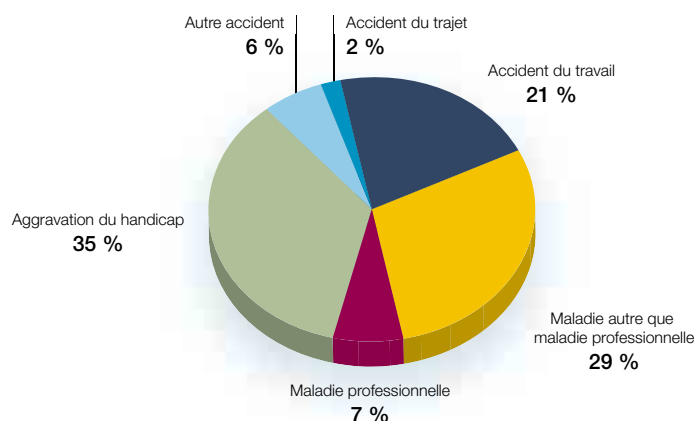
La cause première est l'aggravation du handicap : 35 % des cas (graphique 1, tableau 2)

Ce risque majeur est dans une certaine mesure prévisible.

Les accidents du travail représentent 21 % des cas de maintien effectivement pris en charge par les structures porteuses des Cap Emploi.

Ce résultat suggère qu'un suivi des personnes handicapées en emploi pourrait les prémunir davantage du risque d'inaptitude.

GRAPHIQUE 1 LES CAUSES DU RISQUE D'INAPTITUDE EN PACA



Source : Cap Emploi – 2003 – Traitement ORM.

Les risques d'inaptitude sont inégalement répartis sur le territoire.

- Dans les Alpes-de-Haute-Provence, l'aggravation du handicap et la maladie professionnelle sont surreprésentées.
- Dans les Hautes-Alpes, l'accident du travail est un risque plus fréquent que dans l'ensemble de la région.
- Dans les Alpes-Maritimes, l'aggravation du handicap est surreprésentée.
- Dans les Bouches-du-Rhône, la maladie non professionnelle est la cause la plus probable du risque d'inaptitude, et l'accident du travail est un risque plus présent que pour l'ensemble de la région.
- Dans le Var et dans le Vaucluse, les aggravations du handicap sont les causes les plus fréquentes du risque d'inaptitude, davantage que la moyenne régionale.

TABLEAU 2 LES CAUSES DU RISQUE D'INAPTITUDE SELON LES DÉPARTEMENTS (EN %)

Cause du risque d'inaptitude au poste de travail (pour les dossiers ouverts dans l'année)	Aggravation du handicap	Maladie professionnelle	Maladie autre que maladie professionnelle	Accident du travail	Accident de trajet	Autre accident	Total
Alpes-de-Haute-Provence	58,7	13,0	13,0	13,0	2,2	0,0	100,0
Hautes-Alpes	24,4	9,0	30,8	28,2	0,0	7,7	100,0
Alpes-Maritimes	39,7	4,0	27,8	15,9	0,0	12,6	100,0
Bouches-du-Rhône	13,8	8,8	40,8	27,0	4,4	5,2	100,0
Var	49,4	2,5	24,1	15,8	1,3	7,0	100,0
Vaucluse	69,3	4,3	9,3	12,1	2,9	2,1	100,0
<b>PACA</b>	<b>35,4</b>	<b>6,5</b>	<b>29,0</b>	<b>20,5</b>	<b>2,5</b>	<b>6,2</b>	<b>100,0</b>

Source : Cap Emploi – 2003 – Traitement ORM.

Note de lecture : les pourcentages encadrés en bleu indiquent une surreprésentation, en rose sont encadrées les catégories sous-représentées.

L'avis d'aptitude prononcé par le médecin du travail commande l'avenir du salarié dans l'entreprise. Un avis d'inaptitude peut conduire au licenciement, si l'employeur refuse les solutions de transformations de poste proposées par le médecin du travail. Les solutions peuvent aussi venir des structures porteuses des cellules maintien. Les actions de maintien dans l'emploi, qui vont pouvoir être engagées, portent notamment sur l'aménagement du poste de travail. Les actions de maintien peuvent infléchir la décision de l'employeur. Le médecin du travail, face à une réticence qu'il anticipe de l'employeur, peut aussi arbitrer

entre les risques encourus par le salarié, et choisir de prononcer un avis d'aptitude, avec ou sans restriction, pour éviter de faire courir le risque du licenciement au salarié. Ces arbitrages, commandés par le souci de ne pas associer le handicap à une exclusion de l'emploi, existent<sup>3</sup>. Dès lors, ils amènent à considérer que **les avis prononcés peuvent produire une sous-estimation du risque d'inaptitude d'une part, et que les actions de maintien sont centrales pour éviter le licenciement et peuvent gagner en efficacité si le risque d'inaptitude est mieux anticipé.**

## LÉGISLATION

### L'inaptitude constatée par le médecin du travail

Seul le médecin du travail est habilité à constater l'inaptitude du salarié. L'avis du médecin traitant n'a aucune valeur. Cette règle découle de l'article L. 122-45 du code du travail qui interdit tout licenciement d'un salarié « en raison de son état de santé ou de son handicap (...) sauf inaptitude constatée par le médecin du travail ». Il résulte de ce principe que l'arrêt de travail établi par le médecin traitant n'a aucune conséquence sur la constatation par le médecin du travail de l'inaptitude. Malgré un arrêt de travail, le salarié peut être déclaré apte à occuper son poste de travail et réciproquement, la fin d'un arrêt de travail ne fait pas obstacle à la reconnaissance de l'inaptitude du salarié.

La constatation de l'inaptitude se fait obligatoirement en deux étapes.

- 1) La visite de reprise effectuée par le médecin du travail est obligatoire après une absence pour cause de maladie professionnelle, après un congé de maternité, après une absence d'au moins huit jours pour cause d'accident du travail, après une absence d'au moins vingt et un jours pour cause de maladie ou d'accident non professionnel et en cas d'absences répétées pour raison de santé.
- 2) En application de l'article R. 241-51-1 du code du travail, le salarié concerné doit être soumis à un deuxième examen médical deux semaines après le premier « sauf dans le cas où le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour la santé et la sécurité de l'intéressé ou celle des tiers ». Cette période de quinze jours doit permettre au médecin du travail de procéder « **à une étude du poste (du salarié) et des conditions de travail dans l'entreprise** », **seul moyen d'apprécier l'inaptitude du salarié à son poste de travail, décision lourde de conséquences pour ce dernier.**

Le médecin du travail peut assortir l'avis d'inaptitude de propositions de mutation ou de transformation du poste justifiées par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé du salarié.

L'employeur est tenu de prendre en considération les propositions du médecin et, en cas de refus, de faire connaître les raisons qui motivent son refus d'y donner suite.

En cas de difficulté ou de désaccord portant sur l'appréciation de l'inaptitude du salarié, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur régional du travail.

### Un salarié sur cinq reçoit un avis d'inaptitude (graphique 2)

Dans les Hautes-Alpes et les Alpes-de-Haute-Provence, plus de la moitié des salariés reçoivent un avis d'inaptitude, alors que dans les Alpes-Maritimes, le Vaucluse, et le Var, l'avis d'inaptitude avec restriction est le cas le plus fréquent.

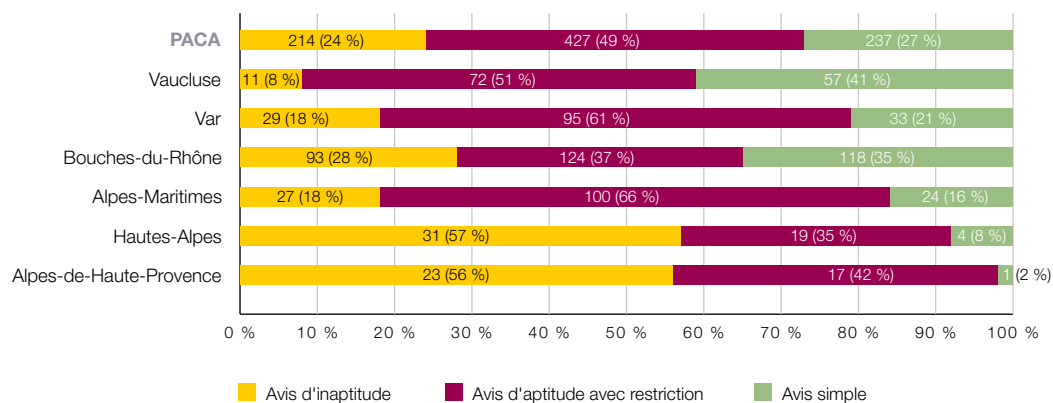
Il est à noter également que les mêmes causes d'inaptitude ne produisent pas les mêmes effets :

- dans les Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes-Alpes, où les avis d'inaptitude sont excessivement élevés (respectivement 56,1 % et 57,4 %), les causes d'inaptitude surreprésentées sont l'aggravation du handicap pour les premières et l'accident du travail pour les secondes.
- Dans le Vaucluse, la prééminence de l'aggravation du handicap ne conduit pas pour autant à une majorité

<sup>3</sup> L'association Handiplace note ainsi que le recensement des avis émis par les médecins du travail de la région Rhône-Alpes en 1998 reflète imparfaitement les réalités observées quand on sait qu'il arrive souvent qu'un avis d'inaptitude, même partielle, ne soit pas posé en l'absence de possibilités de reclassement. Le médecin du travail est démuné quand il constate un grand écart entre les critères de l'aptitude, l'état du salarié et les possibilités de reclassement sur le terrain. Pour éviter l'échec que représente le licenciement d'un salarié résultant de l'inaptitude et/ou de l'absence de proposition par l'employeur, le signalement précoce est fondamental.

d'avis d'inaptitude comme c'est le cas dans les Hautes-Alpes, c'est même tout le contraire, puisque dans ce département, les avis d'inaptitude sont particulièrement peu fréquents (7,9 % des avis).

**GRAPHIQUE 2 L'AVIS DU MÉDECIN DU TRAVAIL SUR L'APTITUDE AU TRAVAIL SELON LE DÉPARTEMENT**



Source : Cap Emploi – 2003 – Traitement ORM.

L'inégalité des risques d'inaptitude que courent les salariés est frappante et ne doit pas être sans conséquences en matière de prévention.

Au terme de cette analyse de la population menacée par un risque d'inaptitude au travail, s'esquissent trois problématiques distinctes en matière d'actions de prévention et de soutien.

- 1) Les actions pour anticiper les risques des personnes dont le handicap est déjà reconnu comme tel dans leur travail et qui peuvent être menacées dans leur emploi. C'est sans nul doute la situation la plus prévisible mais, force est de le constater, la plus répandue. Des progrès considérables peuvent être accomplis pour suivre les personnes handicapées en emploi.
- 2) Les actions de prévention des accidents du travail dans les secteurs où ils sont les plus fréquents. Le secteur de la construction est à ce titre emblématique.
- 3) Les actions de prévention qui débordent le seul cadre de l'activité professionnelle, et relèvent davantage de la sécurité routière ou de la maladie.

## II. LES MOYENS ORGANISATIONNELS ET HUMAINS

Cf. tableau 3.

Au sein des structures porteuses des Cap Emploi, des personnes s'occupent spécifiquement du maintien (cellules maintien). Elles disposent des moyens organisationnels fournis par les EPSR-OIP qui agissent également pour le label Cap Emploi.

Dans les Bouches-du-Rhône, les Alpes-Maritimes, le Vaucluse et le Var, l'activité au maintien dans l'emploi mobilise de deux à près de quatre équivalents temps pleins (EQTP). Moins d'un EQTP est disponible pour cette activité dans les Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes-Alpes.

**TABEAU 3 NOMBRE D'EQTP DANS LES CAP EMPLOI DE LA RÉGION PACA EN 2003**

	Structures porteuses des Cap Emploi : cellules maintien	Nombre total d'EQTP en charge du maintien dans l'emploi
Alpes-de-Haute-Provence	IAP	0,54
Hautes-Alpes	Handirect	0,83
Alpes-Maritimes	Handy Job	3,00
Bouches-du-Rhône	AFAH	2,20
Bouches-du-Rhône	HEDA	3,88
Var	AVIE	2,70
Vaucluse	AVIPTH	3,16
<b>PACA</b>		<b>16,31</b>

Source : Cap Emploi – 2003 – Traitement ORM.

### III. LES MOYENS FINANCIERS : LES MESURES DE L'AGEFIPH

L'Agefiph propose **une mesure consacrée spécifiquement au maintien dans l'emploi**. La demande de financement peut être présentée par les employeurs éligibles au fonds de l'Agefiph, ou par les organismes porteurs des dispositifs dédiés au maintien dans l'emploi. Lorsque le salarié est déjà bénéficiaire de la loi de 1987, il lui faut une attestation du médecin du travail précisant les conséquences de l'aggravation du handicap sur les exigences du poste occupé auparavant, ou l'avis d'inaptitude. Dans le cas contraire, il doit fournir l'avis d'inaptitude accompagné de la copie de la demande de reconnaissance de travailleur handicapé de la Cotorep. Cette mesure comporte une subvention destinée à couvrir les dépenses pour la mise en œuvre d'une solution de maintien dans l'emploi (voir encadré méthodologique).

Cette mesure peut être combinée à d'autres mesures de l'Agefiph, qui s'adressent aux entreprises ou aux travailleurs handicapés. L'Agefiph a notamment mis en place une intervention de « diagnostic et conseil », qui a pour objectif d'aider les entreprises à cerner leurs besoins en matière d'insertion ou de maintien dans l'emploi de personnes handicapées. Les personnes handicapées peuvent bénéficier d'un bilan d'évaluation et d'orientation, des aides techniques et humaines, qui sont des solutions de compensation du handicap, d'une mesure d'aménagement des situations de travail, et d'une mesure d'accessibilité des lieux de travail. Toutes ces mesures peuvent être mobilisées pour l'insertion ou pour le maintien dans l'emploi. Les différentes mesures proposées par l'Agefiph, outre l'expertise qu'elles apportent à l'entreprise ou au salarié handicapé, sont assorties de moyens financiers pour couvrir les dépenses liées au handicap et à sa compensation.

#### MÉTHODOLOGIE

##### Le programme d'intervention de l'Agefiph : le maintien dans l'emploi

- Subvention de 4 573,47 euros destinée à couvrir les premières dépenses pour la mise en œuvre d'une solution de maintien dans l'emploi.
- Subvention complémentaire, pouvant aller jusqu'à 3 048 euros, sur présentation de justificatifs de la totalité des dépenses engagées, à condition que l'Agefiph soit sollicitée dans les trois mois après le versement de la 1re subvention.
- Dans le cas où la mise en œuvre du maintien dans l'emploi entraîne des actions supplémentaires identifiées, l'entreprise peut mobiliser d'autres mesures de l'Agefiph.
- Participation au financement d'actions concertées ou de dispositifs dédiés au maintien dans l'emploi, en faveur des personnes handicapées.



## CHAPITRE 2 : LES ACTIONS RELATIVES AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES ET LES RÉSULTATS DE CES ACTIONS

Le maintien dans l'emploi est défini comme toute intervention qui, suite à une déclaration d'inaptitude au poste de travail ou à l'imminence de ce risque, participe au maintien du poste de travail ou au reclassement dans une autre entreprise. Cet objectif incombe aux cellules maintien.

Les moyens mis en œuvre peuvent être un abattement de salaire, un aménagement de poste, une formation, un contrat de rééducation.

L'issue de cette intervention n'est pas toujours le maintien dans l'emploi, il arrive que le licenciement se produise malgré tout. Les maintiens diffèrent, selon qu'ils sont associés ou non, à un changement de poste, d'entreprise, de métier, de qualification, etc., et selon leur durabilité : les maintiens dans l'emploi peuvent se faire sous des contrats en CDD, et ils peuvent être à temps partiel.

**Les cellules en charge du maintien dans l'emploi sont les structures porteuses de Cap Emploi.**

### MÉTHODOLOGIE

Quatre variables ont été retenues pour apprécier l'activité des cellules maintien.

- 1) **Le volume des interventions**, apprécié à partir du nombre de cas à résoudre (nombre de dossiers ouverts dans l'année, et la « reprise des dossiers ouverts l'année précédente »<sup>1)</sup>, de la part des nouveaux dossiers dans le volume des interventions et de la part des dossiers ouverts par rapport aux signalements enregistrés.
- 2) **Les conditions d'interventions des cellules maintien**, estimées par la charge de travail et le temps moyen disponible à consacrer par dossier.
- 3) **Les mesures d'aide aux maintiens**, traitées à partir du nombre de mesures dans les départements et du nombre moyen de mesures par maintien, de la provenance des mesures, avec un zoom sur les mesures de l'Agefiph.
- 4) **Les résultats des interventions**, analysés au regard :
  - du nombre de cas résolus (nombre de dossiers fermés) et la part qu'ils représentent par rapport aux cas à résoudre. Cet indicateur est toutefois à prendre avec précaution, dans la mesure où il masque des aspects plus qualitatifs, notamment la difficulté des cas (cf. Partie IV - Chapitre 1), et leur issue (un cas résolu peut donner lieu à un maintien effectif ou à un licenciement) ;
  - de la durée de prise en charge des maintiens réussis ;
  - de l'issue des maintiens (maintien effectif ou licenciement) ;
  - de la forme d'emploi lorsque le maintien a réussi (stabilité du contrat de travail (CDI ou CDD et durée du travail (temps plein/temps partiel) ;
  - et de la mobilité associée au maintien (maintien au poste, changement de poste dans la même entreprise, reclassement externe ; même métier ou changement de métier ; niveau de qualification : identique, supérieur ou inférieur).

<sup>1</sup>L'évolution du nombre de cas à résoudre aurait été un élément pertinent, mais les données ne sont pas disponibles.

## I. LE VOLUME DES INTERVENTIONS

Sept signalements sur dix donnent lieu à l'ouverture d'un dossier (tableau 1)

Une part non négligeable des signalements échappe donc à une prise en charge. L'origine des signalements n'étant connue que pour les dossiers ouverts par les cellules maintien, on ne sait pas si ce sont les personnes handicapées elles-mêmes qui alertent les cellules maintien, ou si c'est le médecin du travail ou un autre partenaire.

La proportion des cas signalés qui aboutissent à une prise en charge varie du simple au double selon les départements.

**Moins de quatre signalements sur dix donnent lieu à l'ouverture d'un dossier dans le Vaucluse.**

**TABLEAU 1 PART DES DOSSIERS OUVERTS PAR RAPPORT AU NOMBRE DE SIGNALEMENTS ENREGISTRÉS**

	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
Nombre de signalements enregistrés au cours de l'année 2003	46	86	151	531	187	360	1 361
Nombre de dossiers individuels ouverts au cours de l'année 2003	46	78	151	363	158	140	936
Part des dossiers ouverts par rapport aux signalements enregistrés (%)	100,0	90,7	100,0	68,4	84,5	38,9	68,8

Source : Cap Emploi - Traitement ORM.

### MÉTHODOLOGIE

#### Les données des Cap Emploi sur l'activité de maintien

Les Cap Emploi fournissent en 2003 un certain nombre de données relatives à l'activité de maintien :

- les signalements enregistrés au cours de l'année (tous ne donnant pas lieu à une ouverture de dossier) ;
- la reprise de stock des dossiers actifs au 31 décembre 2002 : il s'agit des personnes handicapées, déjà connues par les Cap Emploi, dont les dossiers de maintien n'ont pas été fermés en 2002 et sont encore actifs en 2003 ;
- les nouveaux dossiers ouverts, créés dans l'année suite à une partie des signalements enregistrés ;
- les dossiers fermés en 2003, résolus pendant l'année ;
- les dossiers actifs en 2003 représentent le solde de cette activité : dossiers traités (reprise de stock et nouveaux dossiers) auxquels on enlève les dossiers fermés.

Le volume des interventions s'apprécie ici à partir du nombre de dossiers ouverts et de la reprise de stocks : ils représentent les cas à résoudre.

1 656 cas de maintien à résoudre en 2003 (tableau 2)

Il s'agit ici des nouveaux dossiers, ainsi que des cas non résolus en 2002, repris en 2003 (voir encadré).

TABLEAU 2 NOMBRE DE CAS DE MAINTIEN À RÉSOUDRE EN 2003

	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
Nombre de dossiers individuels ouverts au cours de l'année 2003	46	78	151	363	158	140	936
Reprise de stock de 2002	19	18	184	329	109	61	720
Cas à résoudre au cours de 2003	65	96	335	692	267	201	1 656

Source : Cap Emploi - Traitement ORM.

Plus de la moitié des cas à résoudre sont des nouveaux dossiers (tableau 3)

Seules les Alpes-Maritimes échappent à ce constat. Toutefois, plus de 45 % des dossiers y sont nouveaux. Les Hautes-Alpes, les Alpes-de-Haute-Provence et le Vaucluse font face à un afflux particulièrement important de nouveaux dossiers.

TABLEAU 3 PART DES NOUVEAUX DOSSIERS DANS LE NOMBRE DE CAS DE MAINTIEN À RÉSOUDRE EN 2003

	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
Nombre de dossiers individuels ouverts au cours de l'année 2003	46	78	151	363	158	140	936
Cas à résoudre au cours de 2003	65	96	335	692	267	201	1 656
Part des nouveaux dossiers dans les cas à résoudre (%)	70,8	81,3	45,1	52,5	59,2	69,7	56,5

Source : Cap Emploi - Traitement ORM.

Note de lecture : les pourcentages encadrés en bleu indiquent une surreprésentation, en rose sont encadrées les catégories sous-représentées.

## II. LES CONDITIONS D'INTERVENTIONS DES CELLULES MAINTIEN : LA CHARGE DE TRAVAIL ET LE TEMPS À CONSACRER PAR DOSSIER

Les conditions d'interventions des cellules maintien peuvent s'apprécier au regard de la charge de travail et du temps moyen disponible à consacrer par dossier.

### MÉTHODOLOGIE

- 1) La charge de travail des Cap Emploi a été estimée à partir du nombre de dossiers à résoudre par équivalent temps plein dans chaque structure.
- 2) Le temps moyen disponible à consacrer par dossier a été obtenu en transformant dans un premier temps les équivalents temps plein en nombre heures sur l'année. On a estimé à 1 600 heures par an le temps disponible d'un EQTP (en se posant dans le cadre des 35 heures). Le temps moyen disponible par dossier représente les heures disponibles pour le maintien par dossier.

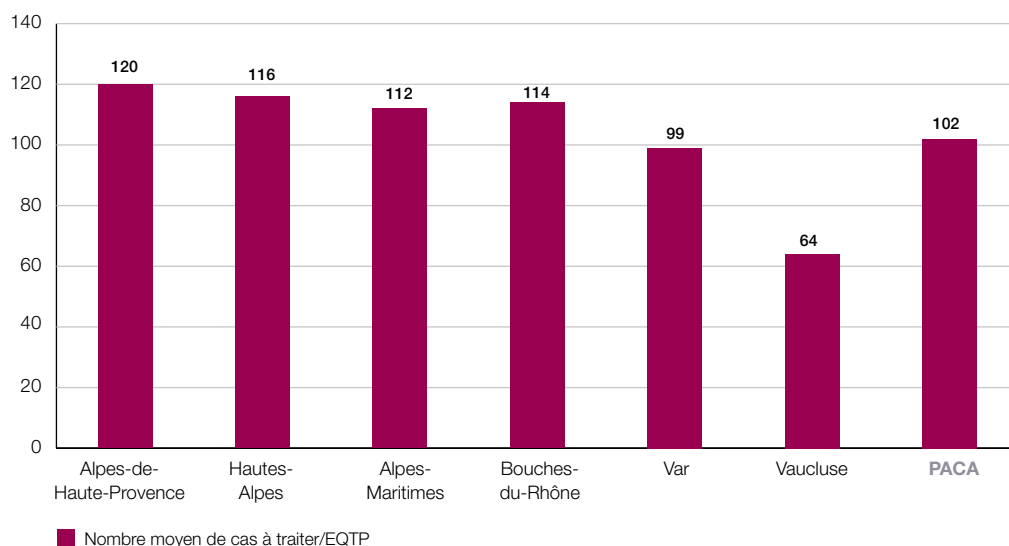
Chaque personne responsable du maintien dans l'emploi a en moyenne plus de 100 dossiers à traiter par an (graphique 1)

Le Var est très proche de ce seuil.

Les Alpes-de-Haute-Provence, les Hautes-Alpes, les Alpes-Maritimes et les Bouches-du-Rhône le dépassent.

Seul le Vaucluse est nettement en dessous de ce seuil : une personne traite en moyenne 64 dossiers par an.

**GRAPHIQUE 1 NOMBRE MOYEN DE DOSSIERS À RÉSOUDRE PAR PERSONNE EN CHARGE DU MAINTIEN**



Source : Cap Emploi – Traitement ORM

Le temps moyen à consacrer par dossier est logiquement inversement proportionnel au nombre de dossier à traiter. Cet indicateur fournit tout de même une information complémentaire, en mettant l'accent sur les limites rencontrées dans la prise en charge effective.

Pour traiter tous les cas à résoudre, chaque personne des cellules dispose d'environ deux jours par an pour chaque dossier (tableau 4)

Là encore, le Vaucluse échappe à ce constat, sans pour autant prétendre à des conditions d'interventions confortables : les personnes en charge du maintien disposent d'environ trois jours et demi pour résoudre un cas.

**TABLEAU 4 CHARGE DE TRAVAIL ET NOMBRE MOYEN D'HEURES CONSACRÉES À UN DOSSIER**

	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
Nombre total d'EQTP en charge du maintien dans l'emploi	0,54	0,83	3,00	1,89	2,70	3,16	<b>12,12</b>
Nombre de cas à traiter	65	96	335	692	267	201	<b>1 656</b>
Nombre moyen de dossier par personne	120	116	112	114	99	64	<b>102</b>
Nombre moyen d'heures consacrées à un dossier	13,30	13,80	14,30	14,10	16,20	25,20	<b>15,80</b>

Source : Cap Emploi – Traitement ORM.

Note de lecture : les pourcentages encadrés en bleu indiquent une surreprésentation, en rose sont encadrées les catégories sous-représentées.

Compte tenu de l'ampleur du travail à réaliser, en termes de demandes de mesures auprès de l'Agefiph et des autres institutions, des contacts à prendre auprès des employeurs, et du temps qu'il faut pour connaître un dossier, ces résultats mettent clairement en question la possibilité de résoudre tous les cas. D'autant que le travail des Cap Emploi dépend des coopérations avec les autres intervenants, qui ont eux aussi des contraintes temporelles et ajoutent des délais supplémentaires de réalisation lors de la résolution des cas.

### III. LES MESURES D'AIDE AUX MAINTIENS

Chaque maintien réussi nécessite la mobilisation d'au moins deux mesures (tableau 5, graphique 2). Cependant, 5 % des maintiens réussis n'ont bénéficié d'aucune mesure.

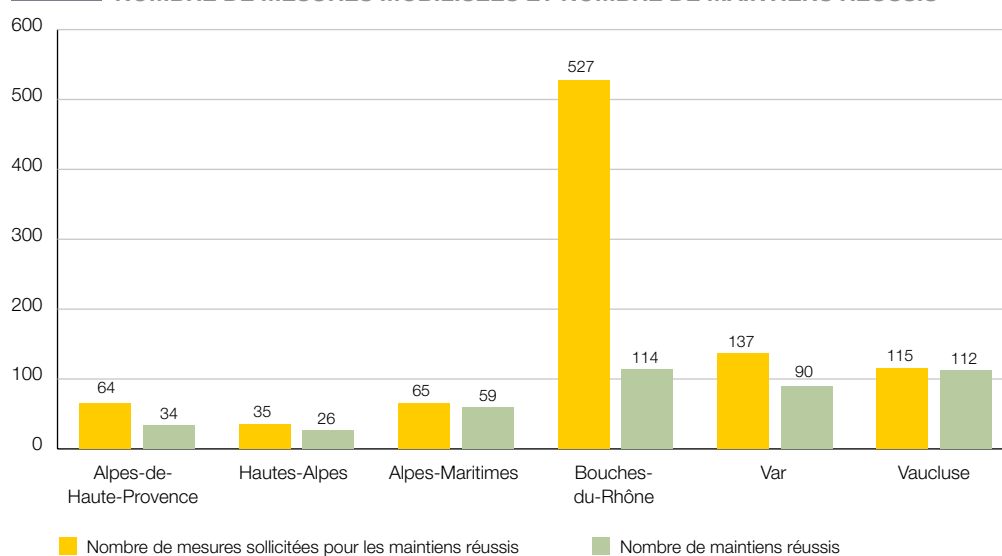
TABLEAU 5 NOMBRE DE MESURES MOBILISÉES POUR LES MAINTIENS RÉUSSIS

	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
Nombre de mesures sollicitées pour les maintiens réussis	64	35	65	527	137	115	943
Maintiens réussis	34	26	59	114	90	112	435
<b>Nombre moyen de mesures par maintien réussi</b>	<b>1,9</b>	<b>1,3</b>	<b>1,1</b>	<b>4,6</b>	<b>1,5</b>	<b>1,0</b>	<b>2,2</b>

Source : Cap Emploi – Traitement ORM.

La mise en perspective des mesures d'aides au regard du nombre de maintiens réussis selon les départements révèle une inégalité, sinon une iniquité, dans la répartition des moyens financiers. Les Bouches-du-Rhône mobilisent presque cinq mesures d'aide par maintien, soit plus de deux fois plus que les autres départements.

GRAPHIQUE 2 NOMBRE DE MESURES MOBILISÉES ET NOMBRE DE MAINTIENS RÉUSSIS

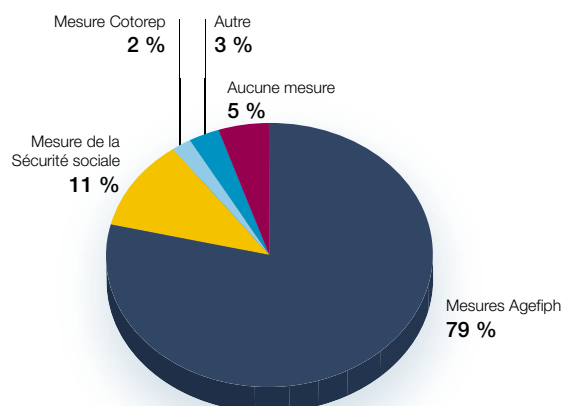


Source : Cap Emploi – Traitement ORM.

79 % des mesures sollicitées pour les maintiens réussis proviennent de l'Agefiph (graphique 3)

11 % proviennent de la Sécurité sociale.

**GRAPHIQUE 3 RÉPARTITION DES MAINTIENS RÉUSSIÉS SELON LES MESURES DONT ILS ONT BÉNÉFICIÉ**

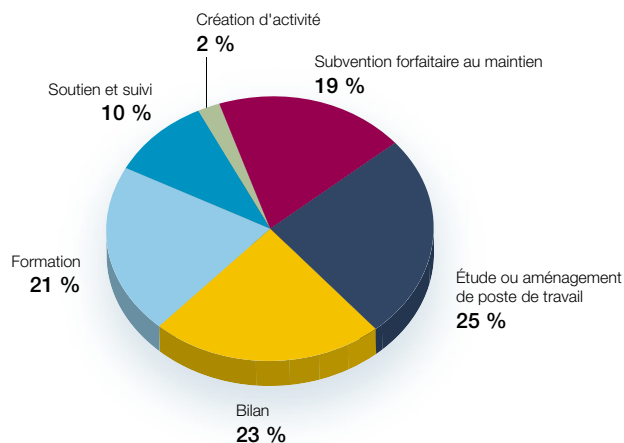


Source : Cap Emploi – Traitement ORM.

Parmi les mesures Agefiph, l'aménagement du poste de travail est la plus mobilisée (graphique 4, tableau 6) L'étude ou l'aménagement du poste de travail apparaît prioritaire pour les maintiens dans le poste de travail.

Le bilan peut être utilisé pour différents types de maintien, de même que la subvention forfaitaire. Une mesure comme la formation participe sans doute à des maintiens qui impliquent, soit un changement de métier, soit un changement de poste ou un reclassement, ou encore un passage à une qualification supérieure. Les données disponibles ne permettent pas pour le moment de mettre en relation les différentes sortes de mesures d'aides aux modalités de maintien. Une telle analyse permettrait pourtant de porter un regard plus fin sur l'efficacité de la répartition des mesures de soutien.

**GRAPHIQUE 4 RÉPARTITION DES MESURES DE L'AGEFIPH AYANT CONTRIBUÉ AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI**



Source : Cap Emploi – Traitement ORM.

Le recours aux différents types de mesure est variable d'un département à l'autre.

- Certains départements réalisent proportionnellement plus de maintien, sans faire appel à des mesures spécifiques : **Vaucluse, Var, Hautes-Alpes et Alpes-de-Haute-Provence.**

Inversement, les Bouches-du-Rhône font systématiquement appel à des mesures.

Pour tous les départements, l'Agefiph est le pourvoyeur principal de mesures de soutien, mais dans des proportions différentes. On a donc pour certains départements un phénomène de **captation des mesures** et pour d'autres un phénomène de **diversification des mesures**.

- Le département des Bouches-du-Rhône capte 64 % des mesures distribuées par l'Agefiph, qui ensemble représentent 91 % des mesures sollicitées par ce département.
- Le Var se distingue en diversifiant particulièrement les mesures de soutien. Cap Emploi fait ici appel à d'autres mesures peu sollicitées ailleurs : 12 maintiens ont fait appel à un cofinancement du salarié, 10 à la participation de la mutuelle, 3 à une participation du conseil général, et 1 à un accord Fongecif.

À noter, la faible part que représentent les mesures de la Sécurité sociale dans les mesures de maintien. Le temps partiel thérapeutique, très pertinent en cas de rétablissement de l'état de santé et notamment à long terme, est particulièrement peu répandu.

TABLEAU 6 RÉPARTITION DES DIFFÉRENTS TYPES DE MESURES ENTRE LES DÉPARTEMENTS (%)

Mesure spécifique ayant contribué au maintien dans l'emploi (pour un cas, plusieurs mesures sont possibles)	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
Aucune mesure	9,4	11,4	7,7	0,0	13,1	14,8	5,3
<b>Mesures de l'Agefiph</b>							
Subvention forfaitaire au maintien	21,9	11,4	20,0	14,8	18,2	6,1	15,0
Étude ou aménagement de poste de travail	6,3	17,1	24,6	18,4	17,5	30,4	19,3
Bilan	4,7	0,0	18,5	28,1	1,5	5,2	18,1
Formation	12,5	5,7	18,5	22,6	2,9	10,4	16,6
Accessibilité des locaux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,7	0,3
Soutien et suivi	17,2	14,3	0,0	5,5	8,8	16,5	8,1
Création d'activité	3,1	5,7	3,1	1,1	0,0	0,0	1,3
<b>Total des mesures Agefiph</b>	<b>65,6</b>	<b>54,3</b>	<b>84,6</b>	<b>90,5</b>	<b>49,6</b>	70,4	78,7
<b>Mesures de la Sécurité sociale</b>							
Temps partiel thérapeutique	6,3	20,0	3,1	2,7	5,1	5,2	4,2
Contrat de rééducation professionnelle	3,1	0,0	0,0	1,3	10,9	0,0	2,5
Invalidité de 1 <sup>ère</sup> catégorie	14,1	5,7	1,5	4,2	1,5	1,7	4,0
<b>Total des mesures de la Sécurité sociale</b>	<b>23,4</b>	<b>25,7</b>	4,6	8,2	<b>17,5</b>	7,0	10,8
<b>Mesure Cotorep : abattement de salaire</b>	1,6	2,9	3,1	1,3	2,9	7,0	2,4
Autre (préciser)	0,0	5,7	0,0	0,0	16,8	0,9	2,8
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Total effectifs	64	35	65	527	137	115	943

Source : Cap Emploi – Traitement ORM.

Note de lecture : les pourcentages encadrés en bleu indiquent une surreprésentation, en rose sont encadrées les catégories sous-représentées.

75 % des personnes maintenues dans leur emploi ont été prise en charge pendant moins d'un an (tableau 7)

21 % des personnes sont prises en charge par les cellules, pendant un à deux ans, pour être maintenues dans leur emploi. Les très longues durées de prise en charge sont rares (4 %).

C'est dans le département des **Bouches-du-Rhône** que l'on observe les plus longues durées de prise en charge par le dispositif : la durée de prise en charge est supérieure à un an pour 57 % des personnes maintenues dans leur emploi.

Dans les **Alpes-Maritimes**, les **Hautes-Alpes**, le **Vaucluse** et les **Alpes-de-Haute-Provence**, le traitement des maintiens réussis est particulièrement rapide.

**TABLEAU 7 DURÉE DE PRISE EN CHARGE, PAR LE DISPOSITIF OU LA CELLULE, POUR LE MAINTIEN EN EMPLOI**

	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
Moins de 6 mois	52,9	65,4	74,6	17,5	31,1	64,3	45,7
De 6 à 12 mois	32,4	26,9	25,4	25,4	42,2	24,1	29,2
<b>Moins d'un an</b>	<b>85,3</b>	<b>92,3</b>	<b>100,0</b>	<b>43,0</b>	<b>73,3</b>	<b>88,4</b>	<b>74,9</b>
De 12 à 18 mois	14,7	7,7	0,0	28,1	13,3	6,3	13,3
De 18 à 24 mois	0,0	0,0	0,0	16,7	10,0	4,5	7,6
<b>De un à deux ans</b>	<b>14,7</b>	<b>7,7</b>	<b>0,0</b>	<b>44,7</b>	<b>23,3</b>	<b>10,7</b>	<b>20,9</b>
Deux ans et plus	0,0	0,0	0,0	12,3	3,3	0,9	4,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Cap Emploi – Traitement ORM.

#### IV. RÉSULTATS DES INTERVENTIONS

Les résultats des interventions sont examinés au regard de :

- leur résolution : combien de cas sont résolus et que représente ce nombre par rapport à l'ensemble des cas à résoudre ;
- leur issue : combien de cas résolus donnent lieu à un maintien réussi, et combien aboutissent à un licenciement ;
- la forme d'emploi lorsque le maintien a réussi : combien débouchent sur des contrats stables (CDI versus CDD), et sont-ils davantage à temps partiel ou temps plein ;
- la mobilité au regard du poste de travail, en s'attachant à trois variables : 1) le changement éventuel de poste ou le reclassement dans une autre entreprise, 2) le changement éventuel de métier, 3) le passage éventuel à un niveau de qualification supérieur ou inférieur.

809 cas de maintien ont été résolus par les cellules maintien en 2003 (graphique 5 et tableau 8)

Le plus grand nombre se situe dans les Bouches-du-Rhône, sans surprise, puisque ce département est également celui qui a le plus grand nombre de cas à résoudre.

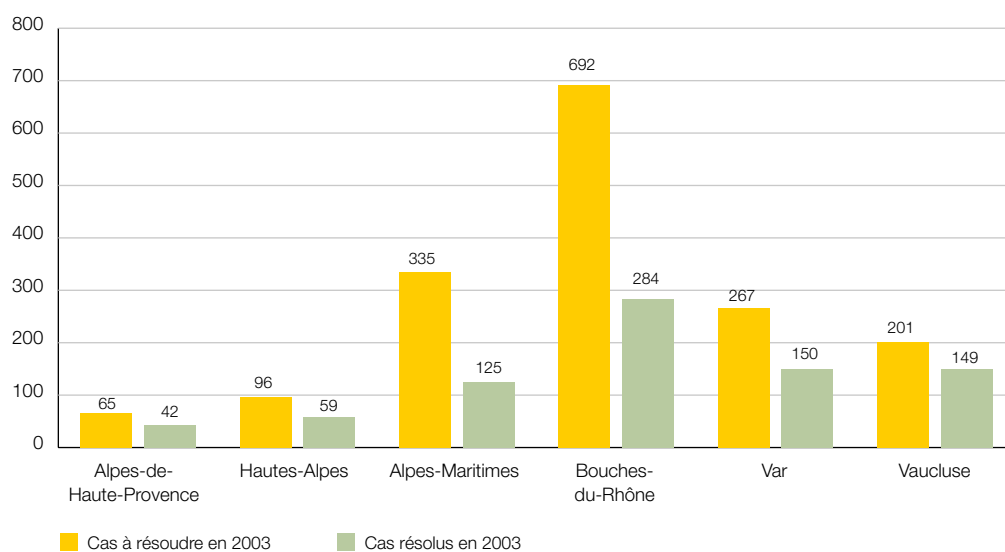
Un cas à traiter sur deux est résolu en 2003 (graphique 5 et tableau 8)

La part des dossiers résolus relativement au nombre de cas à résoudre est très variable :

- une majorité des cas sont résolus dans le Vaucluse, les Alpes-de-Haute-Provence, les Hautes-Alpes et le Var ;
- moins de la moitié des cas sont résolus dans les Bouches-du-Rhône et les Alpes-Maritimes.

Ces résultats ne tiennent pas compte des difficultés des cas (les causes du risque d'inaptitude sont multiples et les avis d'inaptitude prononcés par le médecin du travail diversement présents dans les départements), ni de leur issue (un cas résolu peut donner lieu à un maintien effectif ou à un licenciement). Ils ne servent que très imparfaitement d'indicateur d'efficacité.



**GRAPHIQUE 5 NOMBRE DE CAS À RÉSOUDRE ET NOMBRE DE CAS RÉSOLUS PAR DÉPARTEMENTS**


Source : Cap Emploi – Traitement ORM.

**TABLEAU 8 CAS À RÉSOUDRE ET CAS RÉSOLUS PAR DÉPARTEMENTS**

	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
Cas à résoudre en 2003	65	96	335	692	267	201	1 656
Cas résolus en 2003	42	59	125	284	150	149	809
Taux de résolution (%)	64,6	61,5	37,3	41,0	56,2	74,1	48,9

Source : Cap Emploi – Traitement ORM.

Rappel : les cas à résoudre représentent les dossiers ouverts en 2003, auxquels on ajoute la reprise de stocks de 2002. Les cas résolus correspondent au nombre de dossiers individuels fermés en 2003. Le taux de résolution représente les dossiers fermés par rapport à la somme des dossiers ouverts en 2003 et de la reprise de stocks de 2002.

Note de lecture : les pourcentages encadrés en bleu indiquent une surreprésentation, en rose sont encadrées les catégories sous-représentées.

54 % des dossiers résolus aboutissent à des maintiens dans l'emploi (tableau 9)

435 maintiens dans l'emploi ont été réalisés au total, mais 25 % des cas traités donnent lieu malgré tout à des licenciements.

D'autres solutions sont trouvées pour 21 % des cas (on ne dispose pas de leur définition).

**TABLEAU 9 PART DES MAINTIENS, DES LICENCIEMENTS ET AUTRES CAS**

	Part des maintiens		Part des licenciements		Part des autres		Total %	Nombre de cas traités Effectifs
	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs		
Alpes-de-Haute-Provence	81,0	34	14,3	6	4,8	2	100,0	42
Hautes-Alpes	44,1	26	44,1	26	11,9	7	100,0	59
Alpes-Maritimes	47,2	59	52,8	66	0,0	0	100,0	125
Bouches-du-Rhône	40,1	114	23,2	66	36,6	104	100,0	284
Var	60,0	90	4,0	6	36,0	54	100,0	150
Vaucluse	75,2	112	21,5	32	3,4	5	100,0	149
<b>PACA</b>	<b>53,8</b>	<b>435</b>	<b>25,0</b>	<b>202</b>	<b>21,3</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>809</b>

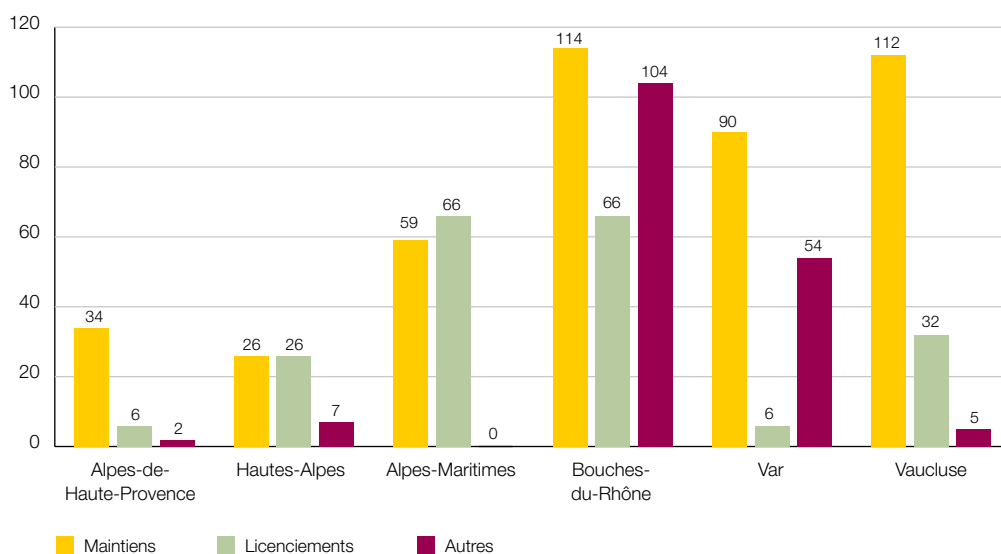
Source : Cap Emploi – Traitement ORM.

Note de lecture : les pourcentages encadrés en bleu indiquent une surreprésentation, en rose sont encadrées les catégories sous-représentées.

La proportion des maintiens réalisés varie du simple au double entre les départements (graphique 6 et tableau 9)

- Les maintiens dans l'emploi sont le résultat le plus fréquent dans les Alpes-de-Haute-Provence (81 %), le Vaucluse (75 %) et le Var (60 %).
- Les licenciements sont surreprésentés par rapport à la moyenne régionale dans les Hautes-Alpes (44 %), où ils sont aussi fréquents que les maintiens, et surtout dans les Alpes-Maritimes (53 %), où ils sont le résultat le plus fréquent parmi les issues des dossiers résolus.
- L'importance de la part de la rubrique « autres cas » dans les Bouches-du-Rhône et le Var mériterait un éclairage particulier.

GRAPHIQUE 6 NOMBRE DE MAINTIENS ET DE LICENCIEMENTS SELON LES DÉPARTEMENTS



Source : Cap Emploi – Traitement ORM.

Plus de neuf personnes sur dix maintenues dans l'emploi travaillent sous CDI (tableau 10)

À noter que les contrats aidés sont marginaux parmi les contrats de maintien (deux personnes dans les Alpes-de-Haute-Provence et une personne dans les Hautes-Alpes).

TABLEAU 10 RÉPARTITION DES CONTRATS DE TRAVAIL EN FONCTION DE LEUR DURÉE SELON LES DÉPARTEMENTS (%)

Nature des contrats de travail	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
CDI	94,1	88,5	100,0	96,5	94,4	86,6	93,3
CDD	5,9	11,5	0,0	3,5	5,6	13,4	6,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	34	26	59	114	90	112	435

Source : Cap Emploi – Traitement ORM.

Note de lecture : les pourcentages encadrés en bleu indiquent une surreprésentation, en rose sont encadrées les catégories sous-représentées.

Huit personnes sur dix maintenues en emploi travaillent à temps plein (tableau 11)

Si la norme du temps plein reste dominante chez les personnes maintenues en emploi, les situations sont assez variable d'un département à l'autre.

Notons que le recours au temps partiel thérapeutique n'explique pas ce résultat. C'est l'une des mesures que les cellules maintien peuvent solliciter pour les personnes prises en charge auprès de la Sécurité sociale pour favoriser le maintien. 20 % des mesures sollicitées dans les Hautes-Alpes sont des temps partiels thérapeutiques, mais seulement 5 % dans le Var et le Vaucluse, soit 4, 7 et 6 temps partiel thérapeutique pour 64, 137 et 115 maintiens.

**TABLEAU 11 RÉPARTITION DES PERSONNES HANDICAPÉES MAINTENUES EN EMPLOI SELON LA DURÉE DE TRAVAIL ET PAR DÉPARTEMENTS (%)**

	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
À temps plein	76,5	73,1	93,2	88,6	72,2	64,3	77,7
À temps partiel	23,5	26,9	6,8	11,4	27,8	35,7	22,3

Source : Cap Emploi - Traitement ORM.

Note de lecture : les pourcentages encadrés en bleu indiquent une surreprésentation, en rose sont encadrées les catégories sous-représentées.

Le maintien dans l'emploi peut s'effectuer :

- 1) au même poste, en changeant de poste dans la même entreprise, ou passer par un reclassement externe ;
- 2) en conservant le même métier ou en changeant de métier ;
- 3) avec un niveau de qualification identique, supérieur ou inférieur.

Nous examinons maintenant la mobilité associée au maintien, en s'attachant à ces trois variables.

Plus de deux personnes sur trois conservent leur poste lorsqu'elles sont maintenues dans l'emploi (tableau 12)

Moins d'une personne sur trois reste dans la même entreprise tout en changeant de poste. Le reclassement dans une autre entreprise est un cas peu fréquent.

La probabilité d'avoir à changer de poste, voire d'entreprise, pour être maintenu dans l'emploi est très variable d'un département à l'autre.

- Un premier pôle caractérise les départements dans lesquels une grande majorité des personnes handicapées conservent leur poste, et, quand ce n'est pas le cas, restent pour la plupart dans la même entreprise : Alpes-Maritimes, Var et Vaucluse. Compte tenu du grand nombre de maintiens que les équipes Cap Emploi effectuent dans ces départements, ils contribuent le plus à la moyenne régionale.
- Un second pôle réunit les cas pour lesquels les personnes handicapées, bien qu'en majorité maintenues dans leur poste, sont bien plus fréquemment amenées à changer de poste dans l'entreprise où elles sont maintenues en emploi : Bouches-du-Rhône et Hautes-Alpes.
- Les Alpes-de-Haute-Provence sont le cas le plus atypique : les personnes handicapées changent plus souvent de poste (47,1 %) qu'elles ne le gardent (35,3 %), et le reclassement dans une autre entreprise est bien plus fréquent qu'ailleurs (17,6 % des cas).

**TABLEAU 12 RÉPARTITION DES PERSONNES HANDICAPÉES SELON LE CHANGEMENT ÉVENTUEL DU POSTE OCCUPÉ PAR DÉPARTEMENT (%)**

Poste de travail occupé	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
Dont maintien au poste	35,3	57,7	84,7	57,9	75,6	77,7	68,5
Dont maintien dans l'entreprise	47,1	34,6	15,3	39,5	18,9	20,5	27,4
Dont reclassement dans une autre entreprise	17,6	7,7	0,0	2,6	5,6	1,8	4,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de maintiens réalisés	34	26	59	114	90	112	435

Source : Cap Emploi – Traitement ORM.

Note de lecture : les pourcentages encadrés en bleu indiquent une surreprésentation, en rose sont encadrées les catégories sous-représentées.

Plus d'une personne sur cinq maintenues en emploi change de métier (tableau 13)

Ces personnes amenées à changer de métier sont moins nombreuses que celles qui changent de poste, mais plus nombreuses que celles qui sont reclassées dans une autre entreprise.

Les changements de métier sont surreprésentés par rapport à la moyenne régionale dans les Bouches-du-Rhône et les Alpes-de-Haute-Provence. Ces deux départements sont également ceux où le changement de poste dans la même entreprise (cas des Bouches-du-Rhône et Alpes-de-Haute-Provence), ou d'entreprise (Alpes-de-Haute-Provence) sont les plus prononcés.

**TABLEAU 13 RÉPARTITION DES PERSONNES MAINTENUES DANS L'EMPLOI SELON LE CHANGEMENT ÉVENTUEL DU MÉTIER ET SELON LES DÉPARTEMENTS (%)**

	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
Même métier	61,8	80,8	71,2	63,2	74,4	91,1	74,7
Métier différent	38,2	19,2	28,8	36,8	25,6	8,9	25,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	34	26	59	114	90	112	435

Source : Cap Emploi – Traitement ORM.

Note de lecture : les pourcentages encadrés en bleu indiquent une surreprésentation, en rose sont encadrées les catégories sous-représentées.

83 % des personnes maintenues dans leur emploi conservent le même niveau de qualification (tableau 14) 16 % accèdent à un niveau de qualification supérieur, et 1 % doivent passer à un niveau inférieur de qualification.

**L'accès à un niveau de qualification supérieur est plus prononcé dans les Bouches-du-Rhône.**

Ainsi, c'est le cas de 36 % des personnes maintenues dans l'emploi dans ce département, ce qui tient certainement à une structure des qualifications plus diversifiée.

**TABLEAU 14 RÉPARTITION DES NIVEAUX DE QUALIFICATION ASSOCIÉS AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI SELON LES DÉPARTEMENTS (%)**

	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
Même niveau de qualification	91,2	84,6	84,7	64,0	93,3	91,1	83,2
Niveau de qualification supérieur	5,9	15,4	15,3	36,0	5,6	7,1	15,9
Niveau de qualification inférieur	2,9	0,0	0,0	0,0	1,1	1,8	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	34	26	59	114	90	112	435

Source : Cap Emploi – Traitement ORM.

Note de lecture : les pourcentages encadrés en bleu indiquent une surreprésentation, en rose sont encadrées les catégories sous-représentées.

## SYNTHÈSES

**Les configurations du maintien dans l'emploi**

La lecture des principales variables qui caractérisent l'emploi, lorsque le maintien a réussi, permet de dresser quelques constats.

Pour tous les départements, la situation majoritaire est celle où les personnes conservent le même niveau de qualification.

Le maintien au même niveau de qualification est toutefois surreprésenté dans les Alpes-de-Haute-Provence, le Var et le Vaucluse.

- Il est associé dans le **Vaucluse** à des situations où les personnes conservent le **même métier** dans des proportions similaires, et principalement restent au **même poste** et, dans une moindre mesure, changent de poste mais dans la **même entreprise**.
- Dans le **Var**, les personnes restent à un **niveau de qualification identique** et **les trois quarts conservent leur métier et leur poste, la plupart des autres restant dans la même entreprise en changeant de poste et de métier**.
- Dans les **Alpes-de-Haute-Provence**, la **mobilité est bien plus répandue**, quand bien même le niveau de qualification reste identique. Quatre personnes sur dix changent de métier et presque la moitié change de poste. Par ailleurs, le reclassement dans une autre entreprise est bien plus fréquent qu'ailleurs (17,6 %).
- Dans les **Alpes-Maritimes**, la situation majoritaire est celle du **maintien au même niveau de qualification**, qui n'exclut cependant pas le passage à un niveau supérieur, et dans le **même métier**. Le **poste est généralement conservé**, et quand il ne l'est pas, le maintien s'effectue dans la **même entreprise**.
- Dans les **Hautes-Alpes**, le niveau de qualification et le métier ne changent pas beaucoup avec le maintien, mais par contre, **les proportions de personnes qui changent de poste ou sont reclassées dans une autre entreprise sont plus élevées que dans le reste de la région**.
- Dans les **Bouches-du-Rhône**, le passage à un **niveau de qualification supérieur** est surreprésenté. La proportion de personnes accédant à un niveau supérieur de qualification (36 %) est équivalente à celle de ceux qui **changent de métier, et qui changent de poste sans changer d'entreprise**. Pour les autres, le maintien dans l'emploi s'effectue essentiellement à niveau de qualification identique, même métier et maintien au poste.

Quatre configurations du maintien dans l'emploi sont inégalement présentes dans les départements.

- La **stabilité**, pour laquelle les personnes conservent le même niveau de qualification, le même métier et le même poste.
- La **stabilité partielle**, où, à qualification identique et métier identique, le changement de poste dans la même entreprise est répandu.
- L'**ascension**, qui caractérise une progression de niveau de qualification et un changement de métier tout en restant dans la même entreprise.
- Et la **mobilité**, où changement de poste et d'entreprise sont assez fréquents.

La **stabilité** est très représentée dans le **Vaucluse, le Var et les Alpes-Maritimes**. Dans ces deux derniers départements, **la stabilité est cependant partielle pour une part significative** de la population prise en charge. Dans les **départements alpins**, si la stabilité reste l'apanage du maintien dans l'emploi, la **mobilité** est assez fréquente. Enfin, dans les **Bouches-du-Rhône, stabilité et ascension** se conjuguent pour caractériser les maintiens dans l'emploi.

Enfin, il est à noter que la **surreprésentation du CDD** est associée à une surreprésentation du **temps partiel** dans le **Vaucluse** et dans les **Hautes-Alpes**. Il est à craindre que ces situations ne correspondent à des maintiens non stabilisés.

**TABLEAU RÉCAPITULATIF CONFIGURATIONS D'EMPLOI LORSQUE LE MAINTIEN A RÉUSSI (%)**

	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
<b>Niveau de qualification</b>							
Même niveau de qualification	91,2	84,6	84,7	64,0	93,3	91,1	83,2
Niveau de qualification supérieur	5,9	15,4	15,3	36,0	5,6	7,1	15,9
Niveau de qualification inférieur	2,9	0,0	0,0	0,0	1,1	1,8	0,9
<b>Métier</b>							
Même métier	61,8	80,8	71,2	63,2	74,4	91,1	74,7
Métier différent	38,2	19,2	28,8	36,8	25,6	8,9	25,3
<b>Poste de travail</b>							
Maintien au poste	35,3	57,7	84,7	57,9	75,6	77,7	68,5
Maintien dans l'entreprise	47,1	34,6	15,3	39,5	18,9	20,5	27,4
Reclassement dans une autre entreprise	17,6	7,7	0,0	2,6	5,6	1,8	4,1
<b>Stabilité du contrat de travail</b>							
CDI	94,1	88,5	100,0	96,5	94,4	86,6	93,3
CDD	5,9	11,5	0,0	3,5	5,6	13,4	6,7
<b>Durée du travail</b>							
À temps plein	76,5	73,1	93,2	88,6	72,2	64,3	77,7
À temps partiel	23,5	26,9	6,8	11,4	27,8	35,7	22,3

Source : Cap Emploi – Traitement ORM.

Note de lecture : les pourcentages encadrés en bleu indiquent une surreprésentation, en rose sont encadrées les catégories sous-représentées.

### Volumes des interventions, taux de réussite et moyens humains et financiers

La mise en relation des indicateurs caractérisant l'activité de maintien (volumes d'interventions, part des nouveaux dossiers, capacité d'accueil par rapport aux signalements enregistrés) et ses issues (résolution, maintien ou licenciement), avec les indicateurs de moyens humains et d'aides financières mobilisées, montre que **c'est l'allocation des ressources du point de vue des moyens humains qui induit fortement les résultats obtenus, plutôt que les aides financières mobilisées.**

Dans les Alpes-Maritimes et les Bouches-du-Rhône, les différents indicateurs choisis s'établissent dans l'ensemble à des niveaux comparables.

- Le volume des interventions est très important, notamment dans les Bouches-du-Rhône. La part des nouveaux dossiers est inférieure à la moyenne régionale, de manière très significative dans les Alpes-Maritimes. Ils se distinguent par contre sur le sort qu'ils réservent aux signalements enregistrés : alors que dans les Alpes-Maritimes chaque signalement enregistré donne lieu à l'ouverture d'un dossier, dans les Bouches-du-Rhône les signalements n'ont pas toujours de suites.
- Les taux de résolution des dossiers et les taux de réussite des maintiens sont inférieurs à la moyenne régionale.

- La charge de travail à laquelle les Cap Emploi font face est lourde, et les moyens humains sont proportionnellement faibles.
- Les Bouches-du-Rhône disposent de moyens financiers bien plus conséquents que les autres départements de la région.

Le Var et le Vaucluse esquissent un cas de figure contrasté.

- Dans le Var et le Vaucluse, on se situe sur des volumes d'interventions intermédiaires. La part des nouveaux dossiers est importante, notamment dans le Vaucluse. Ce département se distingue également par la sélection qui s'opère à partir des signalements enregistrés, la part des dossiers ouverts par rapport aux signalements étant particulièrement faible.
- Le taux de résolution des dossiers est élevé, et la part des maintiens conséquente dans les deux départements, et de manière encore plus significative dans le Vaucluse.
- La charge de travail est comparable à la moyenne régionale dans le cas du Var et inférieure dans le cas du Vaucluse. Le Var est donc relativement bien doté en moyens humains, et le Cap Emploi du Vaucluse est le mieux loti selon ce critère.
- Ils mobilisent relativement moins d'aides financières, le Vaucluse étant le département qui y fait le moins appel.

Les deux départements alpins présentent un cas de figure original.

- Le volume des interventions est inférieur à 100 dossiers. Les Cap Emploi font face à une part importante de nouveaux dossiers relativement à l'ensemble de la région et réagissent à la plupart, si ce n'est à tous les signalements, en ouvrant un dossier.
- Le taux de résolution des dossiers est supérieur à la moyenne régionale. Les maintiens réussis sont surreprésentés dans les Alpes-de-Haute-Provence et sous représentés dans les Hautes-Alpes.
- Les personnes en charge du maintien affrontent une lourde charge de travail et ont peu de temps à consacrer à chaque dossier.
- Ils mobilisent relativement peu d'aides financières.

Plusieurs constats émergent de ce résultat, d'où l'on peut tirer des implications pour les actions à mettre en œuvre.

Au vu des résultats des principaux départements du point de vue des volumes d'interventions, à savoir les Bouches-du-Rhône, les Alpes-Maritimes, le Var et le Vaucluse, des corrélations nettes apparaissent.

- **Plus les moyens humains sont importants, meilleurs sont les résultats.**

Les Bouches-du-Rhône et les Alpes-Maritimes illustrent le cas de départements disposant de moyens humains peu importants et de résultats plus faibles que la moyenne régionale. Le Var et le Vaucluse sont dans la tendance opposée, avec des moyens humains plus favorables à leurs actions et des résultats en conséquence.

- **La répartition des mesures d'aides financières n'est pas proportionnelle aux volumes d'intervention.**
- **Les aides ne sont pas non plus associées à des proportions plus élevées de maintiens réussis.**
- Il semblerait qu'il existe un seuil du volume d'intervention, fixé à 100 dossiers, en dessous duquel les dossiers se résolvent plus aisément quand bien même les moyens humains et financiers sont faibles. Au-delà de ce seuil, il n'est pas possible de connaître l'ensemble des dossiers. En dessous de ce seuil, on peut faire l'hypothèse d'une rationalisation spontanée rendue possible par la **connaissance d'ensemble des cas et de leurs difficultés.**

## TABLEAU RÉCAPITULATIF

## VOLUMES DES INTERVENTIONS, TAUX DE RÉUSSITE ET MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
<b>Volume des interventions</b>							
Cas à résoudre	- - 65	- 96	++ 335	+++ 692	+ 267	+ 201	1 656
<b>Nouveaux dossiers</b>							
Nouveaux cas	46	78	151	363	158	140	936
Part des nouveaux dossiers (%)	70,8	81,3	45,1	52,5	59,2	69,7	56,5
<b>Ouverture de dossiers par rapport aux signalements enregistrés</b>							
Signalements enregistrés	46	86	151	531	187	360	1 361
Dossiers ouverts/signalements (%)	100,0	90,7	100,0	68,4	84,5	38,9	68,8
<b>Issues des actions de maintiens : résolution des cas</b>							
Cas résolus	42	59	125	284	150	149	809
Taux de résolution (%)	64,6	61,5	37,3	41,0	56,2	74,1	48,9
<b>Issues des actions de maintiens : part des maintiens réussis et des licenciements</b>							
Maintiens (%)	81,0	44,1	47,2	40,1	60,0	75,2	53,8
Licenciements (%)	14,3	44,1	52,8	23,2	4,0	21,5	25,0
Part des autres (%)	4,8	11,9	0,0	36,6	36,0	3,4	21,3
<b>Moyens humains et charge de travail</b>							
EQTP	0,54	0,83	3,00	1,89	2,70	3,16	12,12
Cas à résoudre	65	96	335	692	267	201	1656
Cas à traiter/EQTP	120	116	112	114	99	64	102
Nombre moyen d'heures par dossier	13,3	13,8	14,3	14,1	16,2	25,2	15,8
<b>Moyens financiers</b>							
Mesures sollicitées	64	35	65	527	137	115	943
Maintiens	34	26	59	114	90	112	435
Nombre moyen de mesures par maintien réussis	1,9	1,3	1,1	4,6	1,5	1,0	2,2

Source : Cap Emploi – Traitement ORM.

Note de lecture : les pourcentages encadrés en bleu indiquent une surreprésentation, en rose sont encadrées les catégories sous-représentées.



## CONCLUSION

L'édition 2003 du *Bilan statistique de l'insertion professionnelle de la population handicapée en PACA* marque une étape importante. Il a été réalisé durant une période où la situation de ces personnes est mise au premier plan de l'actualité, attirant l'attention sur leurs problèmes spécifiques notamment sur le marché du travail. L'« année européenne des personnes handicapées », proclamée en 2003, visait ainsi à sensibiliser le public sur les discriminations dont elles sont toujours victimes. Il s'agissait aussi d'inciter les états membres de l'Union européenne à consolider des processus législatifs garantissant d'une façon durable l'amélioration des mesures d'intégration. La France s'est engagée dans cette voie en 2004 avec la construction de la « loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », loi n°2005-102 du 11 février 2005. Présentée comme « chantier prioritaire » par le gouvernement, cette loi vise à favoriser l'intégration scolaire, sociale, et professionnelle en milieu ordinaire de travail des personnes handicapées. Si d'intenses débats parlementaires et une forte pression des associations auront été nécessaires pour faire évoluer le projet de loi, de nombreuses incertitudes perdurent quant aux modalités concrètes et financières de sa mise en application.

Au niveau régional, les conséquences de ces changements législatifs sont d'autant plus difficiles à évaluer qu'elles interviendront dans le cadre des transferts de compétences inhérents à la loi de décentralisation et de celui la mise en place de la loi de cohésion sociale. Cette évaluation ne peut se faire sans disposer au préalable de constats objectivés sur l'insertion professionnelle des personnes handicapées en région PACA.

Dans ce contexte, il a semblé pertinent de dresser un panorama le plus complet possible de la situation des personnes handicapées face au marché du travail. Les auteurs ont rassemblé en un même document des informations multiples et parfois parcellaires. Outre cet apport, ce document propose des analyses sous l'angle d'une double perspective : la spécificité du public handicapé au regard de l'ensemble de la population active et les particularités territoriales.

L'ensemble des acteurs concernés en PACA dispose maintenant d'un outil auquel ils pourront se référer pour faire vivre les mesures devant renforcer la qualité de l'insertion et l'efficacité des structures chargées de cette insertion.

Aussi complet soit-il, cet outil n'est pas sans lacune et il est tout naturel de prévoir, dès à présent, les améliorations à apporter aux prochaines éditions. Pour cela, une condition est nécessaire : élargir l'audience de la mission régionale d'observation de l'emploi et de la formation des personnes handicapées. Cette mission repose, pour l'instant, sur le seul partenariat entre la direction régionale de l'Agefiph et l'ORM. Car il n'existe pas de lieux en région où se réunissent toutes les institutions pouvant apporter leur concours à l'amélioration de l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

La mise en place d'un comité de pilotage, à organiser dans les prochains mois, confortera considérablement la mission. Ainsi, les outils que celle-ci sera amenée à publier (un semestriel conjoncturel, un bilan annuel et des études thématiques), pourront mieux répondre aux attentes des acteurs nombreux, mais aussi très disséminés, intervenant dans ce champ. Compte tenu des changements en cours et à venir, la coordination entre ces acteurs devient la priorité de l'année 2005.

## ANNEXE 1 : LE HANDICAP, UNE HISTOIRE RÉCENTE

### Les grandes dates récentes du handicap

Note de lecture : ⓘ Informations législatives

✖ Autres types d'informations

- ✖ Les premières associations défendant les intérêts des invalides non mutilés de guerre apparaissent entre les deux guerres :
  - la Fédération des mutilés du travail naît en 1921 ;
  - la ligue pour l'adaptation des diminués physiques du travail (Ladapt) ; et l'Association des paralysés de France (APF) en 1933, promouvant essentiellement alors les intérêts des personnes atteintes de poliomyélite.
- ⓘ La politique d'aide à l'insertion professionnelle des personnes déficientes a d'abord été conçue pour les mutilés de guerre (lois des 31 mars et 26 avril 1924), avant d'être étendue aux accidentés du travail (loi du 14 mai 1930), puis à tous les « infirmes et anciens malades » (loi du 2 août 1949) majorant les indemnités dues au titre des législations sur les accidents du travail.
- ⓘ Les termes de « travailleurs handicapés » apparaissent pour la première fois dans la loi de 1957, qui propose le premier texte instituant un système cohérent pour le reclassement professionnel.
- ✖ En 1965, est créée la spécialité médicale de « rééducation et de réadaptation fonctionnelle ».

### LE DÉVELOPPEMENT DES MÉTIERS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPÉES

Éducateur spécialisé	Diplôme d'État institué en 1967	Travailleur social chargé des enfants présentant des déficiences psychiques ou physiques ou des troubles du caractère ou du comportement
Moniteur éducateur	Fonction créée en 1970	Prise en charge de personnes handicapées devant développer leurs capacités d'évolution ou d'autonomie
Éducateur de jeunes enfants	Formation redéfinie en 1974	Organise les activités éducatives personnalisées afin de favoriser le développement des jeunes enfants
Éducateur technique spécialisé	Ainsi nommé depuis 1976	Dispense à un groupe de handicapés une formation professionnelle contribuant à leur insertion sociale et professionnelle
Aide médicopsychologique	Métier institué en 1972	Intervient auprès d'un groupe d'enfants gravement handicapés dans une relation de maternage thérapeutique et d'assistance

Source : Ebersold S., L'invention du handicap : la normalisation de l'infirmes, mars 1997.

- ✖ Entre 1967 et 1972, cinq diplômes de professions éducatives concernant un public handicapé ont été créées.
- ✖ En **1967, le rapport Bloch-Laine** sur le « problème général de l'inadaptation des handicapés » rédigé à la demande du Premier ministre Georges Pompidou, induit une prise de conscience nationale du problème posé par les handicapés. Il met en avant leur nombre et leur inadaptation, et propose une politique d'insertion sociale et professionnelle. L'État providence doit donc proposer des droits légitimes aux personnes handicapées, et particulièrement l'accès à l'instruction, aux soins et au travail.

- ✘ En 1968, l'OMS définit la réadaptation comme « un usage combiné et coordonné de mesures médicales, sociales et éducatives et professionnelles pour entraîner l'individu à son plus haut niveau de capacité fonctionnelle ».
- ✦ La loi du 30 juin 1975 marque **le passage d'une prise en charge basée sur la notion d'assistance à une prise en charge reposant sur la notion de solidarité.**
  - Elle réforme les mécanismes d'orientation des personnes et ceux relatifs aux prestations qui leurs sont attribuables, et vise à « assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables » en privilégiant « chaque fois que les aptitudes des personnes handicapées et de leur milieu familial le permettent [...] l'accès aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et le maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie ».
  - Elle instaure une obligation éducative pour les enfants, qui doivent effectivement passer par une « éducation ordinaire » et seulement à défaut, par une « éducation spéciale ».
  - Elle affirme que « 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 des organisations représentatives des employeurs et des travailleurs, les organismes ou associations de handicapés et les organismes ou associations spécialisés ». « L'État peut consentir une aide financière aux établissements organismes et employeurs afin de faciliter la mise ou remise au travail en milieu ordinaire de production des travailleurs handicapés ».
  - Elle institue les Cotorep et les CDES dans chaque département.
  - Elle donne une définition du travailleur handicapé : 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 mentales.
- ✦ La loi du 10 juillet 1987.
  - La loi n°87-157 du 10 juillet 1987 a mis en place une obligation d'emploi des travailleurs handicapés et assimilés pour tous les établissements de 20 salariés et plus dans la proportion de 6 % de l'effectif total de leurs salariés (art. L323-1).
  - Il est créé un fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés ayant pour objet d'accroître les moyens consacrés à l'insertion des handicapés en milieu ordinaire de travail. La gestion du fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés créé par l'article L. 323-8-2 est confiée à une association administrée par des représentants des salariés, des employeurs et des personnes handicapées ainsi que par des personnalités qualifiées. Les statuts de l'association sont agréés par le ministre chargé de l'Emploi. L'Agefiph est née.
- ✘ En juin 1988 est créé, sous l'égide du ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale un secrétariat chargé des Handicapés et des Accidentés de la vie, avec également un ministère délégué aux Personnes âgées et un secrétariat d'État à la Famille.
- ✘ Le 13 janvier 1989 est promulgué l'amendement Creton. Lorsqu'une personne handicapée placée dans un établissement d'éducation spéciale ne peut être immédiatement admise dans un établissement pour adulte désigné par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, ce placement peut être prolongé au-delà de l'âge de vingt ans ou, si l'âge limite pour lequel l'établissement est agréé est supérieur, au-delà de cet âge dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée, par une décision conjointe de la commission départementale de l'Éducation spéciale et de la Cotorep.

- ✘ Le 12 juillet 1989 est publiée la loi d'orientation sur l'éducation qui favorise l'intégration scolaire des jeunes handicapés.
- ✘ Le ministère français des Affaires sociales adopte officiellement en mai 1988 la classification internationale du handicap (CIH), construite par le britannique Philipp Wood en 1980 pour l'OMS.
- ★ La loi du 13 juillet 1991 favorise l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public.
- ✘ En 1993, un barème spécifique aux versements des prestations sociales est créé. Jusqu'alors, les Cotorep et les CDES utilisaient le « barème d'invalidité du code des pensions militaires ».
- ✘ Le 15 septembre 1997 est annulé en conseil d'État l'amendement Creton.

### LA MULTIPLICATION DES BARÈMES SERVANT À ATTRIBUER LE HANDICAP

Barèmes	Année	Modalité de survenue du handicap	Public concerné
1 <sup>er</sup> barème militaire	1887	Contexte militaire	Militaires ou ayants droits
2 <sup>e</sup> barème militaire	1915	Contexte militaire	Militaires ou ayants droits
3 <sup>e</sup> barème militaire	1919	Contexte militaire	Militaires ou ayants droits
Barème de la fonction publique civile	1968	Liée au travail ou pendant le temps de travail ou au trajet	Fonctionnaires civils
Barème applicable aux accidentés du travail	-	Diverse selon le contrat d'assurance	Salariés ou indépendants
1 <sup>er</sup> barème utilisé par les experts d'assurance (officieux)	1982	Diverse selon le contrat d'assurance	Indemnisables contractuels ou victimes d'un tiers
2 <sup>nd</sup> barème utilisé par les experts d'assurance (officieux)	1983	Diverse selon le contrat d'assurance	Indemnisables contractuels ou victimes d'un tiers
Barème servant à attribuer les prestations sociales	1993	Diverse	Ayant droits sociaux

- ★ L'ordonnance du 21 décembre 2000 abroge la loi du 30 juin 1975, dont les dispositions se trouvent désormais 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.
- ✘ En 2001 l'OMS remplace la CIH par la classification internationale du fonctionnement (CIF). Elle a pour objet de répondre à la ligne de conduite définie par L'ONU vers l'égalisation des chances. Face aux reproches adressés à la CIH, trop dominée par le modèle médical, elle met au centre de son modèle l'activité et définit les composantes de la santé et certains éléments du bien-être, pour lier davantage la classification à la participation sociale et au contexte environnemental (voir schéma dans l'introduction de la partie 1, sur la classification internationale du handicap).
- ✘ Le 3 décembre 2002, le président de la République a installé le nouveau CNCPH pour qu'il « joue pleinement son rôle d'analyse et de proposition sur chacun des grands projets qui concernent la politique pour les personnes handicapées ».
- ★ Le 10 janvier 2002, l'Assemblée nationale adopte en première lecture la proposition de loi relative à la solidarité nationale et à l'indemnisation des handicapés congénitaux, qui affirme que « nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance », et met fin à la jurisprudence Perruche (un arrêt

de la cour de cassation du 17 novembre 2001 permettait à l'enfant né handicapé de demander une indemnité au titre du préjudice subi). Le parlement adopte à l'unanimité le 19 février 2002 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.

- ✦ La loi du 17 janvier 2002 introduit le principe d'un droit de compensation : « La prévention et le dépistage du handicap et l'accès du mineur ou de l'adulte handicapé physique, sensoriel ou mental aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens, notamment aux soins, à l'éducation, à la formation et à l'orientation professionnelle, à l'emploi, à la garantie d'un minimum de ressources adapté, à l'intégration sociale, à la liberté de déplacement et de circulation, à une protection juridique, aux sports, aux loisirs, au tourisme et à la culture constituent une obligation nationale. La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap, quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie, et à la garantie d'un minimum de ressources lui permettant de couvrir la totalité des besoins essentiels de la vie courante. »
  
- ✦ Le projet de loi du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées de 2003 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » inscrit la définition du handicap dans la loi : « Constitue un handicap le fait pour une personne de se trouver de façon durable limitée dans ses activités ou restreinte dans sa participation à la vie en société, en raison de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique », art. L. 114, inséré avant l'article L. 114.1 du code de l'action sociale et des familles.
  
- ✦ Le conseil de l'Union européenne a proclamé l'année 2003 « Année européenne des personnes handicapées ». Les objectifs de cette année européenne sont la non-discrimination, l'égalité des chances et la pleine participation des personnes handicapées à la société. Cette année a donné lieu à des centaines d'actions de sensibilisation et de projets concrets sur le terrain. En même temps, le Premier ministre consacrait le handicap comme une grande cause nationale.
  
- ✦ Le 1<sup>er</sup> juin 2004 est présenté à l'Assemblée nationale le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.  
Le projet de loi s'articule autour des points suivants :
  - une nouvelle définition du handicap, qui s'appuie sur une approche plus pratique et notamment sur la prise en compte de l'environnement de vie de la personne ;
  - un renforcement des programmes de recherche, une accentuation de la prévention, une amélioration de l'accès aux soins, aux avancées thérapeutiques et technologiques, mais aussi à la pratique sportive des personnes handicapées ;
  - l'engagement d'une réflexion profonde sur les métiers du handicap et les compétences des professionnels qui entourent et accompagnent les personnes handicapées, afin de mettre en place une gestion prévisionnelle de l'emploi ;
  - la création de nouveaux droits fondamentaux : donner aux parents le choix de scolariser leur enfant en milieu ordinaire ou dans un établissement spécialisé.

## ANNEXE 2 : LA NOMENCLATURE DES NIVEAUX DE FORMATION

Source : CNCP - Nomenclature des niveaux de formation de 1969.

Cinq principaux niveaux de formation sont distingués et hiérarchisés, en fonction des niveaux de diplôme et du nombre d'années d'étude correspondants.

Le **niveau I**, destiné aux activités de conception, de recherche ou d'expertise, nécessite un niveau de diplôme supérieur à la maîtrise (Bac +4).

Le **niveau II** réunit les formations de niveau licence et maîtrise, et correspond à des emplois qui exigent l'exercice autonome de la profession et la maîtrise de ses savoirs fondamentaux.

Le **niveau III** rassemble les personnels occupant des emplois qui exigent normalement des formations du niveau du diplôme universitaire de technologie (DUT) ou du brevet de technicien supérieur (BTS) ou de fin de premier cycle de l'enseignement supérieur. La qualification de niveau III correspond à des connaissances et des capacités de niveau supérieur, sans toutefois comporter la maîtrise des fondements scientifiques des domaines concernés. Les capacités et connaissances requises permettent d'assurer de façon autonome ou indépendante des responsabilités de conception et/ou d'encadrement et/ou de gestion.

Le **niveau IV** concerne les personnels occupant des emplois de maîtrise ou d'ouvrier hautement qualifié et pouvant attester d'un niveau de formation équivalent à celui du brevet professionnel (BP), du brevet de technicien (BT), du baccalauréat professionnel ou du baccalauréat technologique. Une qualification de niveau IV implique davantage de connaissances théoriques que le niveau V. Cette activité concerne principalement un travail technique qui peut être exécuté de façon autonome dans la limite des techniques qui y sont afférentes.

Le **niveau V** de formation se rapporte aux personnels occupant des emplois exigeant normalement un niveau de formation équivalent à celui du brevet d'études professionnelles (BEP) ou du certificat d'aptitude professionnelle (CAP) et, par assimilation, du certificat de formation professionnelle des adultes (CFPA du premier degré). Ce niveau correspond à une qualification complète pour l'exercice d'une activité bien déterminée avec la capacité d'utiliser les instruments et les techniques qui s'y rapportent. Cette activité concerne principalement un travail d'exécution qui peut être autonome dans la limite des techniques qui y sont afférentes.

Le **niveau V bis** a été créé pour les personnes titulaires du brevet des collèges (BEPC) ou ayant suivi des enseignements spécialisés de type SES, devenus SEGPA (sections d'éducation spécialisées).

Le **niveau VI** se surajoute à cette hiérarchie pour désigner les personnes sans diplôme, ou possédant seulement un CEP (certificat d'études primaires).

## ANNEXE 3 : POUR EN SAVOIR PLUS...

Les sites suivants proposent des informations législatives et pratiques sur le handicap :

[http://www.agefiph.asso.fr/hm/infos/fr\\_1.htm](http://www.agefiph.asso.fr/hm/infos/fr_1.htm)

<http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SEHIS.htm>

<http://www.handicap.gouv.fr/dossiers/> » <http://www.handicap.gouv.fr/dossiers/>

[http://www.vie-publique.fr/dossier\\_polpublic/handicap/travail/intro\\_handicap\\_travail.shtml](http://www.vie-publique.fr/dossier_polpublic/handicap/travail/intro_handicap_travail.shtml)

<http://www.handitec.com> » <http://www.handitec.com>

### Pour en savoir plus :

ASSANTE (Vincent), *Situations de handicap et cadre de vie : rapport*, Paris, Conseil économique et social, 2000.

BAUDURET (Jean-François), *L'Autisme : évaluation des actions conduites (1995-2000), rapport au Parlement*, Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/014000284.shtml>

BLANC (Paul), *Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales sur la politique de compensation du handicap*, Paris, Sénat, 2002.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/024000449.shtml>

BROUARD (Cécile), *Le handicap en chiffres, CTNERHI, Drees, DGAS*, février 2004.

CHAPIREAU François, « Connaissances nouvelles à propos des personnes recevant des soins de santé mentale », *Colloque handicaps, incapacités, dépendance*, Drees, Insee, Inserm, jeudi 3 octobre et vendredi 4 octobre 2002, Paris.

CHARZAT (Michel), *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*, Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/024000350.shtml>

CHOSSY (Jean-François), *La situation des personnes autistes en France : besoins et perspectives*, Paris, secrétariat d'État aux Personnes handicapées, 2003.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000590.shtml>

Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, *La Contraception chez les personnes handicapées mentales : rapport et avis*, Paris, 1996.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/964076400.shtml>

CONSEIL RÉGIONAL, DRTEFP, AGEFIPH, « La formation, un enjeu fort pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées », *La lettre du Programme régional de Formation des Personnes handicapées Provence - Alpes - Côte d'Azur*, n°1, mars 2004.

Cour des comptes, *La vie avec un handicap : rapport au président de la République suivi des réponses des administrations intéressées*, France, 2003.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000382.shtml>

DARES, « L'emploi des personnes handicapées ou ayant des problèmes de santé de longue durée. Premiers résultats de l'enquête complémentaire à l'enquête emploi de mars 2002 », *Premières Synthèses*, n°41.3, octobre 2003.

DESCARGUES (Bernard), *L'accessibilité des nouvelles technologies de l'information et de la communication aux personnes aveugles et malvoyantes*, Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/004001360.shtml>

DUBERTRET (Benjamin), CECCHI-TENERI (Roland), GOUBET (Cédric), MAIGNE (Gautier), *Rapport d'évaluation du dispositif de la garantie de ressources des travailleurs handicapés*, Paris, inspection générale des Finances, inspection générale des Affaires sociales, 2003.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000471.shtml>

FARDEAU (Michel), *Personnes handicapées : analyse comparative et prospective du système de prise en charge*, Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère de la Santé, 2001.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/014000546.shtml>

FORGUES (Pierre), *Rapport d'information en conclusion des travaux d'une mission d'évaluation et de contrôle sur le fonctionnement des Cotorep*, Paris, Assemblée nationale, 2000.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/004001536.shtml>

GOSSOT (Bernard), MOLLO (Claude), *Les groupes départementaux Handiscol' en 2001 : mise en place et fonctionnement*, Paris, inspection générale de l'Éducation nationale, 2002.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/024000533.shtml>

[http://www.agefiph.asso.fr/htm/infos/fr\\_1.htm](http://www.agefiph.asso.fr/htm/infos/fr_1.htm)

<http://www.handicap.gouv.fr/dossiers/>

<http://www.handitec.com>

<http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SEHIS.htm>

<http://www.santé.gouv.fr/drees/handicap/handicap.htm>

Haut comité pour le logement des personnes défavorisées, *9<sup>e</sup> rapport du Haut comité pour le logement des personnes défavorisées, Droit au logement : construire la responsabilité*, France, 2003.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000717.shtml>

Inspection générale des Affaires sociales, *Étude d'administration comparée sur les dispositifs de compensation du handicap en Europe : rapport thématique sur la politique du handicap en Europe, et rapport de synthèse*, France, 2003.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000670.shtml>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000673.shtml>



Institut national de Recherche et de Sécurité, *Le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, État des lieux et perspectives*, Paris, 5 juin 1998.

[http://www.inrs.fr/hm/le\\_maintien\\_dans\\_emploi\\_travailleurs\\_handicapes.html](http://www.inrs.fr/hm/le_maintien_dans_emploi_travailleurs_handicapes.html)

KRISTEVA (Julia), *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.

LACHAUD (Yvan), *Intégration des enfants handicapés en milieu scolaire*, Paris, secrétariat d'État aux personnes handicapées, ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche, 2003.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000610.shtml>

LAGARDÈRE (Marie-Laure), STROHL (Hélène), EVEN (Bernard), *Rapport sur les problèmes posés par les pratiques de stérilisation des personnes handicapées*, Paris, inspection générale des Affaires sociales, 1998.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/984001636.shtml>

LANIER (Marie-Claude), *L'insertion professionnelle en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap : rapport*, Paris, Conseil économique et social, 2003.

LECOMTE (Dominique), *Aides techniques aux personnes handicapées : situation actuelle, données économiques, propositions de classification et de prise en charge*, Paris, secrétariat d'État aux personnes handicapées, 2003.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000170.shtml>

LÉVY (Geneviève), *L'accessibilité des transports aux personnes handicapées et à mobilité réduite*, Paris, secrétariat d'État aux personnes handicapées, secrétariat d'État aux transports et à la mer, 2003.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000141.shtml>

MAIRE (Edmond), GAGNEUX (Michel), *Tourisme et handicap : l'offre touristique*, Paris, Conseil national du tourisme, 1999.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/014000647.shtml>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000673.shtml>

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés*, Paris, La Documentation française, France, 1998.

MORMICHE (Pierre), « L'enquête HID, apports et limites », *Colloque handicaps, incapacités, dépendance*, Drees, Insee, Inserm, jeudi 3 octobre et vendredi 4 octobre 2002, Paris.

OLVIN (Jean-Jacques), *L'accueil temporaire des personnes handicapées, Au coeur des projets individualisés et de la politique d'intégration et de vie à domicile*, Paris, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000229.shtml>

Organisation mondiale de la santé, *Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, Équipe classification, Évaluation, Enquêtes et Terminologie*, Genève, 2000.

<http://www.apf-moteurline.org/epidemiostatsevaluation/autresformats/CIH2>

PIVETEAU (Denis), *Propositions pour les missions et la structure d'une « Agence nationale des handicaps »*, Paris, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003.  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000539.shtml>

POUPON (Marie-Thérèse), *Le Potentiel productif des personnes handicapées : conditions sociales et technologiques de sa valorisation : rapport*. Paris : Conseil économique et social, 1992.

RAVAUD Jean-François, « Les disparités de genre dans le repérage et la prise en charge des situations de handicap », *Colloque handicaps, incapacités, dépendance*, Drees, Insee, Inserm, jeudi 3 octobre et vendredi 4 octobre 2002, Paris.

VILLE (Isabelle), RAVAUD (Jean-François), *Personnes handicapées et situations de handicap*, « *Problèmes politiques et sociaux* » n°892, France, La Documentation française, septembre 2003.

VILLE (Isabelle), « Les désignations du handicap, Des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative », *Colloque handicaps, incapacités, dépendance*, Drees, Insee, Inserm, Jeudi 3 octobre et vendredi 4 octobre 2002, Paris.

## ANNEXE 4 : GLOSSAIRE

**AAH** : allocation pour adultes handicapés  
**ACFP** : allocation compensatrice pour frais professionnel  
**ACTP** : allocation compensatrice pour tierce personne  
**AFPA** : Association nationale pour la formation professionnelle des adultes  
**Agefiph** : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées  
**ANPE** : Agence nationale pour l'emploi  
**AP** : atelier protégé  
**API** : allocation de parent isolé  
**ASS** : allocation de solidarité spécifique  
**AT** : accident du travail  
**CAT** : centre d'aide par le travail  
**CCREFP** : comité régional de la formation professionnelle et de l'emploi  
**CDD** : contrat à durée déterminée  
**CDES** : commission départementale de l'éducation spéciale  
**CDI** : contrat à durée indéterminée  
**CDTD** : centre de distribution du travail à domicile  
**CEC** : contrat emploi consolidé  
**CES** : contrat emploi solidarité  
**CHSCT** : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail  
**CIE** : contrat initiative emploi  
**CIF** : classification internationale du fonctionnement  
**CIH** : classification internationale du handicap  
**CLD** : chômeur de longue durée  
**Cnasea** : Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles  
**Cotorep** : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel  
**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie  
**CRAM** : caisse régionale d'assurance maladie  
**CRP** : centre de rééducation professionnelle  
**CSV** : corrigé des variations saisonnières  
**DDASS** : direction départementale des Affaires sanitaires et sociales  
**DDTEFP** : direction départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle  
**DEFM** : demandeurs d'emploi en fin de mois  
**DETH** : demandeurs d'emploi en fin de mois travailleurs handicapés  
**DGEFP** : Délégation générale à l'Emploi et à la Formation professionnelle.  
**DOETH** : déclaration obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés  
**Drass** : direction régionale des Affaires sanitaires et sociales  
**Drees** : direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  
**DRTEFP** : direction régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle  
**EPSR-OIP** : équipes de préparation et de suite de reclassement - organismes d'insertion et de placement  
**FAGERH** : Fédération des associations gestionnaires des établissements de réadaptation pour handicapés  
**HID** : enquête handicaps, invalidités, dépendances  
**IME** : institut médico-éducatif  
**IMPro** : institut médicoprofessionnel

**IPP** : incapacité permanente partielle  
**MAS** : maison d'accueil spécialisé  
**MO** : milieu ordinaire de travail  
**MP** : milieu protégé  
**OMS** : Organisation mondiale de la santé  
**ONAC** : Office national des anciens combattants et victimes de guerre  
**ORP** : orientation de reclassement professionnel  
**PAIO** : permanence d'accueil, d'information et d'orientation  
**PAP/ND** : projet d'action personnalisé pour un nouveau départ  
**PARE** : plan d'aide au retour à l'emploi  
**PDITH** : programme départemental pour l'insertion des travailleurs handicapés  
**PNAE** : programme national d'action pour l'emploi  
**PREO** : centre de préorientation  
**PRFPH** : plan régional des formations pour les personnes handicapées  
**PRITH** : programme régional d'insertion des personnes handicapées  
**RMI** : revenu minimum d'insertion  
**RQTH** : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé  
**SAE** : stage d'accès à l'entreprise  
**SIFE** : stage d'insertion et de formation en entreprise  
**SPE** : service public de l'emploi  
**TH** : travailleur handicapé  
**UBTH** : unité bénéficiaire travailleur handicapé  
**UEROS** : unité d'évaluation et de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle  
**ZUS** : zone urbaine sensible

## Déjà parus dans cette collection

### N° 1

Formation et emploi en région Provence - Alpes - Côte d'Azur  
contribution aux diagnostics territoriaux  
Juin 2000

### N° 2

Formation et emploi des femmes et des hommes  
contribution aux diagnostics territoriaux  
Janvier 2002

### N° 3

Les secteurs d'activités en Provence - Alpes - Côte d'Azur  
diffusion web uniquement  
Septembre 2002

### N° 4

Panorama des métiers en région Provence - Alpes - Côte d'Azur  
2 tomes  
Avril 2003

### N° 5

Handicap, bilan statistique 2002  
la population handicapée et les mesures d'insertion en région Provence - Alpes - Côte d'Azur  
Mai 2003

### N° 6

Perspectives territoriales emplois et qualifications  
Décembre 2004

### N° 7

Handicap, bilan statistique 2003  
chiffres clés en région Provence - Alpes - Côte d'Azur  
Décembre 2004



Observatoire Régional des Métiers