



Observatoire prospectif des emplois, des métiers, des qualifications
de la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à statut
commercial.

Etude portant sur l'emploi et la formation des travailleurs handicapés dans la
branche sanitaire et medico sociale à statut commercial

Rapport final

2014



SOMMAIRE

<u>1- ELEMENTS DE CADRAGE.....</u>	<u>6</u>
1.1-RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	6
1.2- PERIMETRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE MISE EN ŒUVRE.....	7
<u>2- CARACTÉRISTIQUES DES ETABLISSEMENTS DE LA BRANCHE AU REGARD DE L'OBLIGATION D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPES.....</u>	<u>10</u>
2.1 - LES ETABLISSEMENTS ASSUJETTIS DU SECTEUR PRIVE DE LA SANTE A STATUT COMMERCIAL	11
2.2- LES TAUX D'EMPLOI.....	13
2.2.1 LES TAUX D'EMPLOI DE LA BRANCHE	14
2.2.2 LES TAUX D'EMPLOI DU SECTEUR MEDICO SOCIAL	17
2.2.3 LES TAUX D'EMPLOI DU SECTEUR SANITAIRE.....	19
2.2.4 L'EVOLUTION DU TAUX D'EMPLOI LEGAL PAR REGION	22
2.3- CONTRIBUTION DE LA BRANCHE	23
<u>3- CARACTÉRISTIQUES DE L'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPES DANS LA BRANCHE</u>	<u>26</u>
3.1 CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION DES TRAVAILLEURS HANDICAPES EN EMPLOI DANS LES ETABLISSEMENTS DE LA BRANCHE.....	26
3.2 CARACTERISTIQUES DES EMPLOIS OCCUPES PAR LES TRAVAILLEURS HANDICAPES.....	29
3.3 CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION DES TRAVAILLEURS HANDICAPES EN CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION DANS LES ETABLISSEMENTS DE LA BRANCHE.....	30
3.4 CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION DES TRAVAILLEURS HANDICAPES PAR SECTEURS	32
<u>4- LES PRATIQUES DES ETABLISSEMENTS</u>	<u>37</u>
4.1 CADRE DES PRATIQUES DES ETABLISSEMENTS.....	38
4.2 TYPES D' ACTIONS DE SENSIBILISATION ET DE COMMUNICATION	38
4.3 ACTIONS EN FAVEUR DE L'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPES	39
4.4 PARTENARIAT AVEC LES ACTEURS DU HANDICAP ET AVEC LES ORGANISMES DE FORMATION	40
4.5 L'APPROCHE DES ETABLISSEMENTS CONCERNANT LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE D'EMPLOI EN DIRECTION DES TRAVAILLEURS HANDICAPES.....	40
<u>5- LES PRATIQUES DES CENTRES DE FORMATION</u>	<u>46</u>
5.1 REPERES	46
5.2 L'ACCES AUX FORMATIONS INITIALES EN LIEN AVEC LES METIERS DE LA BRANCHE.....	48
5.3 L'OFFRE DE FORMATION DE REEDUCATION EN LIEN AVEC LES METIERS DE LA BRANCHE	50
5.4 DEUX INITIATIVES A L'ECHELLE D'UNE REGION : LE DISPOSITIF H+ DU CONSEIL REGIONAL RHONE ALPES, LA FORMATION D'ASH/BRANCARDIER EN CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION	51
<u>6- PRECONISATIONS.....</u>	<u>57</u>
6. 1 LES ELEMENTS SAILLANTS DE L'ETAT DES LIEUX	57
6.2 AXES DE TRAVAIL	58
6.3 PROPOSITION D' ACTIONS	59

ANNEXES	68
ANNEXE 1- CONDITIONS GENERALES LIEES A LA DOETH	69
ANNEXE 2- STRUCTURE DES AIDES AGEFIPH	75
ANNEXE 3- LISTE DES PCS	76
ANNEXE 4- QUESTIONNAIRE	77
ANNEXE 5- GLOSSAIRE	83

Annick S, 29 ans, secrétaire chargée d'accueil

UN PREMIER VRAI EMPLOI

Je travaille dans ce foyer de vie depuis 6 ans. C'est mon premier Contrat à Durée Indéterminée. Auparavant j'avais été agent de recouvrement et j'avais effectué quelques missions en intérim. J'ai obtenu un BTS Assistant de Gestion PME-PMI après un Bac Pro et un BEP Comptabilité. Finalement j'ai réussi à obtenir un assez bon niveau de qualification mais ce n'était pas gagné d'avance. Je n'aimais pas l'école, je trouvais les professeurs trop distants et ils ne me donnaient pas envie.

De toute façon c'était compliqué à cause du regard des autres. Les séquelles de la rougeole que j'ai contractée à l'âge de 3 ans sont assez contraignantes, et elles sont visibles, je suis hémiplégique. Tout le côté droit est touché. Au collège surtout, c'était très difficile, vraiment les pires années. Je me suis renfermée, je suis devenue timide ou agressive en fonction des situations.

Après le BTS que j'ai obtenu en 3 ans, après avoir redoublé la 2^{ème} année, j'ai donc travaillé un peu et puis j'ai été accompagnée par les services de Cap Emploi. J'avais accès à ce service du fait de ma Reconnaissance de Travailleur Handicapé. Je bénéficie en outre d'une Allocation Adulte Handicapé, d'une carte station debout pénible et d'une carte de stationnement. A l'époque, j'ai suivi un module spécifique, nous étions tout un groupe de demandeurs d'emploi et nous étions coachés par une professionnelle. C'est à ce moment là que j'ai été mise en relation avec le directeur du foyer d'hébergement. Il cherchait à recruter une personne ayant le statut de Travailleur Handicapé pour un poste de secrétaire chargé(e) d'accueil. J'ai fait un essai, une Evaluation en Milieu de Travail pendant 70 heures. A l'issue, j'étais prête à m'engager et le directeur m'a signifié qu'il était lui aussi disposé à signer un contrat. Le processus de recrutement s'est effectué par étapes, assez tranquillement.

Je me suis donc retrouvée chargée d'accueil dans cet établissement. Moi qui avais toujours eu du mal avec les regards, je me suis retrouvée en première ligne. Et j'étais au cœur d'une réorganisation du service. Jusqu'à mon arrivée, les secrétaires se relayaient sur le poste d'accueil. J'étais recrutée pour occuper le poste à temps plein et assurer une continuité sur la semaine à cette fonction.

Tout s'est bien déroulé mais je n'étais franchement pas habituée. Mes collègues ont été précieuses, et la confiance du directeur a également été déterminante. Le plus grand changement pour moi s'est passé au niveau du rapport avec les autres. Je suis rentrée dans le poste comme on endosse un rôle. J'ai trouvé cette solution. De fait, cela a très bien fonctionné et je suis toujours au même poste. En 6 années, j'ai fait le tour et j'avoue que j'aspire à d'autres fonctions. Avec mon BTS, je sens que je suis sur-diplômée pour ce travail. Mais le handicap n'est pas mon seul frein pour envisager d'autres voies. La conjoncture de l'emploi m'inquiète un petit peu et j'avoue que je préfère garder ce poste plutôt que de tenter de changer alors que le contexte est défavorable, surtout que mon expérience reste toute relative. Je suis prudente. Mais depuis maintenant 2 ans je suis propriétaire d'un appartement et je vis de façon plus autonome vis à vis de mes parents ou de ma famille en général. Pour moi c'est important et cela constitue une vraie avancée, non négligeable. Je conduis, j'ai une voiture automatique, et je continue à gagner en autonomie.

Pour moi, l'idéal serait de travailler dans le secteur de l'immobilier ou de la gestion de patrimoine. J'en ai toujours eu envie, et je ne voudrais pas finir derrière un bureau. J'ai d'autres aspirations. Peut-être que j'aurais voulu plutôt faire de l'architecture ou quelque chose dans ce genre. Je dessinais beaucoup à une époque, et je crois que j'étais vraiment douée. J'ai eu plusieurs retours de différentes personnes qui m'encourageaient à continuer. Le dessin constituait pour moi un refuge, comme un monde intérieur... je ne sais pas si je pourrai réussir à en faire une activité ouverte sur l'extérieur ou prise dans un métier.

Ce serait pourtant l'occasion d'exploiter une qualité que j'ai peut-être. C'est difficile. Je m'imagine aussi mariée et avec une vie de famille. J'aimerais beaucoup. Mais je reste encore très réservée, timide et assez solitaire. Je parviens à jouer ce rôle professionnel qui me permet de tenir mon poste mais au-dehors le poids des regards reprend toute sa force. J'ai encore du mal à affronter le quotidien, à aller m'acheter seule des vêtements par exemple. Le fait de travailler m'aide beaucoup et j'ai choisi maintenant de prendre ma vie en main, de ne plus me laisser faire. Mais j'ai encore du chemin à parcourir.

1- ELEMENTS DE CADRAGE

1.1-Rappel des objectifs de l'étude

L'étude réalisée pour l'Observatoire prospectif des emplois, des métiers, des qualifications de la branche sanitaire et medico sociale à statut commercial vise à identifier les actions à mettre en œuvre pour favoriser l'emploi (embauche et maintien) des travailleurs handicapés dans les établissements des secteurs sanitaire et médico social de la branche et à mesurer l'évolution de leurs pratiques sur plusieurs années. Elle comprend

- un « portrait de branche » centré sur les travailleurs handicapés,
- une analyse des pratiques des établissements, en termes d'accord, d'information, d'emploi (recrutement et maintien), de formation, de recours à la sous-traitance, de mobilisation des aides financières,
- l'identification des freins et des leviers relatifs à l'emploi des personnes handicapées dans chacun des secteurs,
- des parcours professionnels de travailleurs handicapés,
- une analyse des modalités d'accès à la formation initiale des personnes handicapées dans les métiers de la branche,
- des préconisations d'actions.

Les établissements de 20 salariés et plus sont tenus d'employer à temps plein ou à temps partiel, dans la proportion de 6 % de leur effectif, des personnes ayant une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), des victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle (AT-MP), des pensionnés d'invalidité, des mutilés de guerre et assimilés, des titulaires de la carte d'invalidité ou de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). L'obligation d'emploi s'apprécie établissement par établissement. L'établissement est assujetti si son effectif est égal ou supérieur à 20 salariés au 31 décembre.

L'obligation¹ d'emploi peut être mise en œuvre par

- l'emploi de bénéficiaires (emploi direct)
- la conclusion de contrats de sous-traitance ou de mise à disposition avec le milieu protégé ESAT/CTDT/ EA (emploi indirect)
- l'accueil de stagiaires travailleurs handicapés,
- des minoration liées aux salariés bénéficiaires employés par l'établissement
- la prise en considération des emplois à capacités particulières
- la conclusion d'un accord collectif de travail relatif à l'emploi des travailleurs handicapés qui exonère du versement de la contribution.

¹ les conditions générales liées à la déclaration d'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (DOETH) sont développées en annexe 1

1.2- Périmètre de l'étude et méthodologie mise en œuvre

L'étude concerne les établissements de la branche répertoriés selon les codes NAF suivants : 8610 Z, 8710 A, 8710 B, 8710 C, 8730 A, 8810 B. L'exploitation de la base ACTALIANS a permis d'identifier 2515 établissements de plus de 20 salariés répartis de la manière suivante

	Nombre d'établissements	Effectifs
Activités hospitalières	1000	138 078
Hébergement médicalisé	1515	83 198
TOTAL	2515	221 276
36 entités en mesure de signer un accord	1361	104 842
individuels ou groupes de moins de 500	1154	116 434

données 2012 de la base ACTALIANS - traitement JJK and Co

L'analyse des caractéristiques de la branche au regard de l'obligation d'emploi, de l'emploi des travailleurs handicapés dans les établissements concernés a été réalisée à partir des données fournies par l'AGEFIPH pour les années 2009 à 2012.²

	Nombre d'établissements	Effectifs
Activités hospitalières	952	174 736
Hébergement médicalisé	1491	68 602
TOTAL	2443	243 338

données 2012 des base AGEFIPH - traitement JJK and Co

Les écarts constatés (75 établissements en moins et 22 062 salariés en plus), concernent principalement les établissements enregistrés sous le code NAF 8610Z, dans les départements suivants : Ain, Alpes Maritimes, Bouches du Rhône, Finistère, Haute Garonne, Hérault, Nord, Haut Rhin, Rhône, Paris, Essonne, Hauts de Seine.

Les caractéristiques de l'emploi des travailleurs handicapés dans la branche ont été étudiées à partir des données fournies par l'AGEFIPH sur une population

² L'Agefiph collecte les DOETH depuis 2012, et procède à une actualisation des données qui lui ont été transmises par le Ministère du travail, pour les années 2009 à 2011. Les fichiers en sa possession sont susceptibles de comporter des erreurs d'affectation.

représentant 88 % des effectifs totaux de la branche³, 85 % de ceux du secteur sanitaire et 91 % de ceux du secteur médico social⁴.

Les pratiques des établissements ont été recueillies par questionnaire⁵, administré en ligne pour les établissements individuels et les groupes de moins de 500 salariés, par prise de contact direct pour les groupes de plus de 500.

Les pratiques des établissements en matière d'embauche et de formation de salariés en contrat de professionnalisation ont été étudiées à partir du fichier fourni par l'OPCAPL.

Des entretiens ont été effectués auprès des membres du comité de pilotage et de responsables des centres de formation initiale. Dix portraits de salariés, retraçant leur parcours au sein des établissements ont été effectués par entretien téléphonique.

Les préconisations ont été présentées au groupe de pilotage de l'étude pour analyse critique et adaptées en fonction des remarques de ses membres.

³ Etude quantitative de l'Observatoire de branche- 2011

⁴ seuls les PCS les plus représentés ont été retenus -liste des PCS des métiers recherchés en annexe 2

⁵ annexe 3

Je travaille dans cette maison de retraite depuis 2009. Je ne me rappelle plus très bien comment je suis arrivée là, je crois que l'on m'a conseillé d'y aller. Je pense que la Mission locale avait joué un rôle : j'avais quelqu'un là-bas qui me suivait dans mes démarches. C'était d'ailleurs grâce à cette même personne que j'avais obtenu mon CAP d'agent de propreté et d'hygiène. Elle s'était mise en relation avec le lycée agricole dans lequel je me formais. Avec l'équipe pédagogique, je sais qu'ils avaient aménagé des choses pour moi, pour me faciliter le travail en m'accordant par exemple plus de temps. Il y avait tout particulièrement une éducatrice qui me soutenait énormément.

Tout au long de mon parcours, et même dans ma famille, il y a eu des adaptations pour me permettre de continuer ; et puis à chaque fois j'ai rencontré des personnes qui m'ont facilité la tâche, qui m'ont tendu la main et qui ont fait preuve de patience. A partir de là, je me suis toujours adaptée, dans presque toutes les situations. L'obtention du CAP par exemple, c'était loin d'être évident au début. Je crois que j'ai une grande motivation, et plusieurs personnes me l'ont fait remarquer.

Quand je suis entrée ici en tant que salariée, les choses ont un peu changé. Le chef de service m'a confié un étage mais au début j'avais besoin d'être aidée. Je n'y arrivais pas toute seule : l'organisation, l'ordre dans lequel faire les choses, les produits à utiliser, les priorités et puis surtout les adaptations selon les jours ou les événements. Tout en même temps, c'était beaucoup, je n'avais jamais connu cela. Avec les conseils des collègues et leur aide les premières semaines, je me suis vite adaptée. Le chef de service a suivi cette adaptation de près tout en me laissant faire. Il était en contact avec la personne de la Mission Locale, ou peut-être de Cap Emploi, et il a dû être conseillé aussi. Oui, lui aussi a été accompagné au début.

J'ai senti la confiance que les autres avaient placée en moi, j'ai compris qu'ils pensaient que je pouvais le faire. Tous ces éléments m'ont beaucoup aidée aussi. Pour moi, la confiance de quelqu'un est primordiale. J'ai appris ça. Avec mon handicap, les autres me regardent plutôt comme si j'étais différente ou inférieure. Quand j'étais plus jeune c'était compliqué, d'autant que je ne savais pas vraiment ce que j'avais de particulier.

Maintenant au travail, je ne pense plus à cette particularité, à cette chose que l'on appelle handicap. Je travaille avec mon équipe. Nous sommes quatre, il y a quatre étages. Chacune des agents d'entretien à la charge d'un étage ; moi y compris, comme les autres. Oui, maintenant j'y arrive seule, même s'il a fallu un temps d'adaptation particulier et un peu plus long. Aujourd'hui, c'est un travail qui me plaît beaucoup et les efforts consentis valaient vraiment la peine. Pourtant quelquefois, je suis comme tout le monde, et je me demande ce que je pourrai faire après. Je ne sais pas.

Sûr, je ne voudrais pas faire de soins aux résidents, même des toilettes. Je serais trop impressionnée. Tout récemment j'ai perdu ma grand-mère et les résidents me renvoient toujours une image d'elle. Mes collègues sont là aussi pour me rappeler de faire attention dans ces moments-là. Pour toutes ces raisons, les toilettes ou bien les souvenirs, ce serait trop compliqué pour moi d'avoir à m'occuper de trop près des résidents. Par contre, je sais qu'en entretenant les locaux, en refaisant les chambres, en prenant soin des lieux, je sers à quelque chose qui peut les satisfaire.

Je me sens bien ici, j'ai trouvé une place. Maintenant j'ai même pris un appartement. Je suis vraiment indépendante. Mon handicap m'isole toujours un peu des autres, des activités de loisirs par exemple, mais je ne m'ennuie jamais et je m'organise seule.

Pour le travail, je suis des formations, sur les produits, sur l'hygiène, mais aussi sur le comportement des résidents. Tout le personnel y participe et c'est très important pour pouvoir s'adapter, savoir quoi répondre quand je suis interpellée dans un couloir ou dans une chambre. Sur ce registre là aussi j'ai beaucoup appris ici. Mon handicap fait que j'ai développé des capacités particulières, j'ai peut-être moins peur de certains résidents ou de certaines situations. En y réfléchissant, les formations me servent aussi à me rendre compte de tout cela : on m'a toujours dit que j'avais des déficits mais j'ai certainement par ailleurs des choses en plus que les autres.

2- CARACTÉRISTIQUES DES ETABLISSEMENTS DE LA BRANCHE AU REGARD DE L'OBLIGATION D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPES

Les établissements du secteur sanitaire et médico social satisfont de plusieurs manières à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés :

- les établissements du secteur privé commercial peuvent être exonérés de contribution lorsqu'ils relèvent d'un accord de groupe,
- les établissements de la Croix Rouge, les adhérents de la FEHAP ou du SYNEAS relèvent d'un accord "de branche" agréé et versent leur contribution à l'OETH.⁶ Cet accord regroupe en 2011, 10 962 établissements, dont 3989 assujettis (+ de 20 salariés).

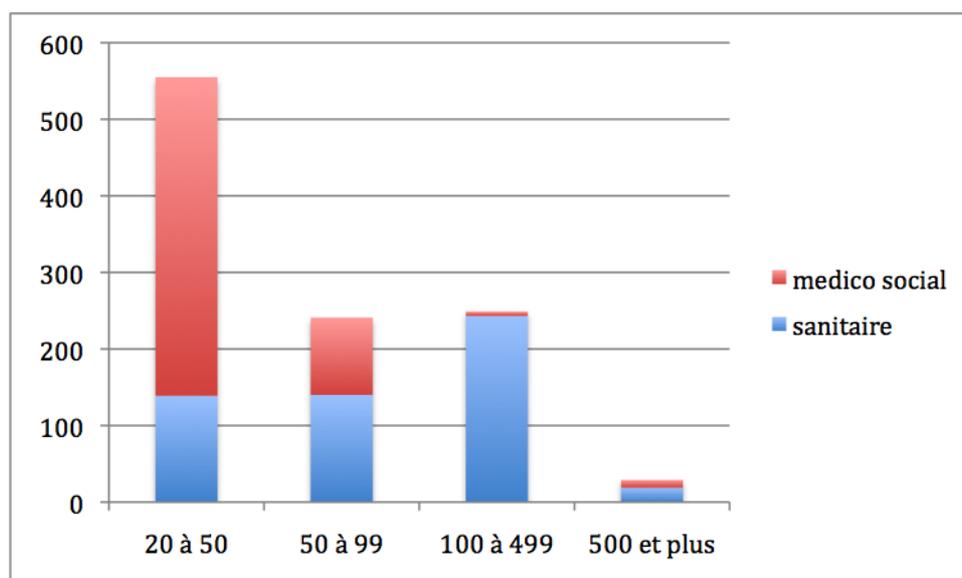
Au plan national⁷, tous secteurs confondus, les établissements de 200 salariés et plus sont relativement nombreux à être couverts par un accord spécifique à l'emploi de travailleurs handicapés et s'engagent ainsi à les employer, selon les principes de l'accord conclu, sur la base d'un plan annuel ou pluriannuel. Ce type d'accord concerne ainsi 19 % des établissements de 200 à 499 salariés et 37 % de ceux d'au moins 500 salariés.

L'usage des modalités de réponse à l'OETH offertes par la loi varie également selon le secteur d'activité des établissements. Ainsi, parmi l'ensemble des établissements assujettis, le secteur de l'industrie est celui qui emploie le plus souvent directement des bénéficiaires de l'OETH : 85 % contre 77 % dans la construction et les transports et 76 % dans le secteur tertiaire (hors transport). Les établissements du secteur tertiaire (hors transport) et des transports sont en revanche proportionnellement les plus nombreux à être couverts par un accord spécifique à l'emploi de travailleurs handicapés : respectivement 15 % et 9 % contre 6 % dans l'industrie et seulement 3 % dans le secteur de la construction. C'est au sein de ce dernier que la part des établissements non couverts par un accord et n'employant directement aucun bénéficiaire est la plus élevée (23 % contre 15 % dans l'industrie).

⁶ quatre accords de branche existent à ce jour : OETH, Association handicap et emploi (Crédit Agricole), Mission handicap et diversité (Caisse d'Epargne et Banque Populaire), Association Handi-EM (établissements relevant de la branche des entreprises du médicament)

⁷ Dares- bilan provisoire de l'année 2011- novembre 2013, n° 70

2.1 - Les établissements assujettis du secteur privé de la santé à statut commercial



répartition des établissements assujettis (hors groupe) par taille- source Actalians- traitement JJK and Co

2012	total	sanitaire	medico social
Alsace	64	21	43
Aquitaine	172	71	101
Auvergne	51	16	35
Basse-Normandie	60	18	42
Bourgogne	97	29	68
Bretagne	99	41	58
Centre	98	45	53
Champagne-Ardenne	35	13	22
Corse	10	8	2
Franche-Comté	31	9	22
Haute-Normandie	45	16	29
Ile-de-France	361	158	203
Languedoc-Roussillon	138	67	71
Limousin	16	10	6
Lorraine	63	28	35
Midi-Pyrénées	151	53	98
Nord-Pas-de-Calais	112	47	65
Pays de la Loire	169	46	123
Picardie	55	20	35
Poitou-Charentes	74	18	56
Provence-Alpes-Côte d'Azur	286	122	164
Rhône-Alpes	256	96	160

répartition des établissements assujettis par région - source Agefiph- traitement JJK and Co

L'analyse de l'évolution de la contribution des établissements du secteur entre 2009 et 2012 est complexe du fait des écarts importants constatés entre les données collectées, comme le montre le tableau suivant

Année de référence ⁸	total	sanitaire	medico social
2009	3264	1270	1994
2010	3472	1304	2168
2011	3498	1266	2232
2012	2443	952	1491

évolution du nombre d'établissements assujettis - source Agefiph- traitement JJK and Co

Pour l'ensemble des données d'évolution qui seront présentées dans l'étude nous avons procédé à un rapprochement des bases établissements 2009 à 2011, de celles 2012.

LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA LOI DU 1ER DÉCEMBRE 2008 DANS LE DÉCOMPTE DES BÉNÉFICIAIRES (extrait de la note DARES- novembre 2012- n° 79- l'emploi des travailleurs handicapés dans les établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé - bilan de l'année 2010)

Selon la loi du 11 février 2005, les bénéficiaires de l'OETH sont décomptés en nombre d' « unités bénéficiaires » : leur recensement dépend de la nature de leur contrat de travail et de la validité de leur reconnaissance. À partir de l'entrée en vigueur de la loi de 2005 et jusqu'en 2008, un salarié handicapé en CDI ou en CDD comptait pour une unité s'il avait été présent au moins six mois sur l'année, qu'il soit à temps partiel ou complet ; en dessous de six mois de présence, il n'était pas recensé et ne comptait pas ; un salarié intérimaire ou mis à disposition par une entreprise extérieure (hors secteur protégé) comptait au *pro rata* de son temps de travail sur l'année. La valeur d'un bénéficiaire, quelle que soit la nature de son contrat, était corrigée de la durée de validité de sa reconnaissance si celle-ci s'achevait en cours d'année.

À partir de l'exercice 2009 (première année d'application de la loi de 2008), de nouvelles mesures sont entrées en vigueur. Ainsi, la règle des six mois de présence dans l'établissement a été supprimée et le mode de décompte des différents contrats de travail harmonisé. Dès lors que son temps de travail est égal au moins à un mi-temps, un salarié bénéficiaire compte désormais pour une unité, et ce, quel que soit son type de contrat (CDI, CDD, intérim, mise à disposition). Cette valeur du bénéficiaire est ensuite proratisée en fonction de son temps de présence dans l'année et de la durée de validité de sa reconnaissance. Si le temps de travail du bénéficiaire est inférieur à la moitié de la durée légale ou conventionnelle (moins d'un mi-temps), il compte alors pour une demi-unité proratisée également sur la durée de présence dans l'établissement pour l'année concernée et la durée de validité de sa reconnaissance.

En raison de la modification du mode de décompte des bénéficiaires entrée en vigueur en 2009, on ne peut effectuer de comparaison directe avec les années 2006 à 2008 ni pour les unités bénéficiaires, ni pour les bénéficiaires en « personnes physiques » ou les EQTP.

⁸ cf. note 2 page 2

2.2- Les taux d'emploi

Le bilan de l'année 2011 sur l'emploi des travailleurs handicapés dans l'ensemble des établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé, réalisé par la DARES, indique "que les modalités de réponse à l'OETH varient sensiblement selon la taille de l'établissement assujetti. Ainsi, pour l'ensemble des établissements assujettis, plus la taille en terme d'effectifs salariés augmente, plus la part de l'emploi direct s'accroît : de 70 % dans les établissements de 20 à 49 salariés, elle passe à 99 % dans les établissements de 500 salariés et plus. Ainsi parmi ces derniers établissements, 37 % de ceux couverts par un accord et 62 % de ceux non couverts par un accord spécifique emploient directement des travailleurs handicapés. Les établissements d'au moins 200 salariés n'employant directement aucun bénéficiaire de l'OETH sont marginaux (ils sont 2 % parmi les établissements de 200 à moins de 500 salariés et 1 % parmi les établissements de 500 salariés ou plus)."

Depuis 1987, les établissements qui comptent plus de 20 salariés dans leur effectif doivent atteindre un taux d'emploi de travailleurs handicapés d'au moins 6%. Chaque établissement dispose de différentes modalités pour atteindre ce taux. La première dite "emploi direct consiste à employer des bénéficiaires reconnus travailleurs handicapés au sens du code du travail 5212-13ⁱ. La deuxième dite emploi indirect consiste à acheter des prestations en bien ou service à des prestataires spécialisés (sous-traitance ESAT, EA). Cette modalité ne peut contribuer qu'à la moitié de la réalisation du taux. il est par ailleurs possible d'intégrer à ce calcul les stages de plus de 40 h pour un tiers du taux, l'emploi de catégories de demandeurs d'emploi jeune ou senior, la prise en compte de la lourdeur du handicap ou de certaines dépenses contribuant au maintien en emploi de personnel peuvent ainsi "améliorer le taux d'emploi".

L'ensemble de ces modalités constitue le taux légal atteint par l'établissement. Si une différence subsiste entre le taux atteint et le taux attendu de 6%, l'établissement s'acquitte d'une contribution variant par unité manquante entre 3600 et 5400 € (plus précisément 400/500/600 x smic horaire brut par unités manquantes et par an) selon la taille de l'établissement et par an. Cette somme est versée à un fonds géré paritairement dans l'Agefiph.

Le législateur permet de s'exonérer du versement de la contribution Agefiph par la signature avec les partenaires sociaux d'un accord agréé par l'Etat. Dans la pratique, seules les entités qui comptent plus de 500 salariés environ ou qui versent une contribution de plus de 150 000 euros par an peuvent choisir cette modalité. La signature d'un accord n'exonère pas de la déclaration (cerfa 11391-15). Si le calcul de la contribution théorique se fait au niveau de chaque établissement (n°SIRET), la mobilisation et la coordination du plan d'actions s'inscrit le plus souvent dans une logique globale déterminée au niveau d'un groupe.

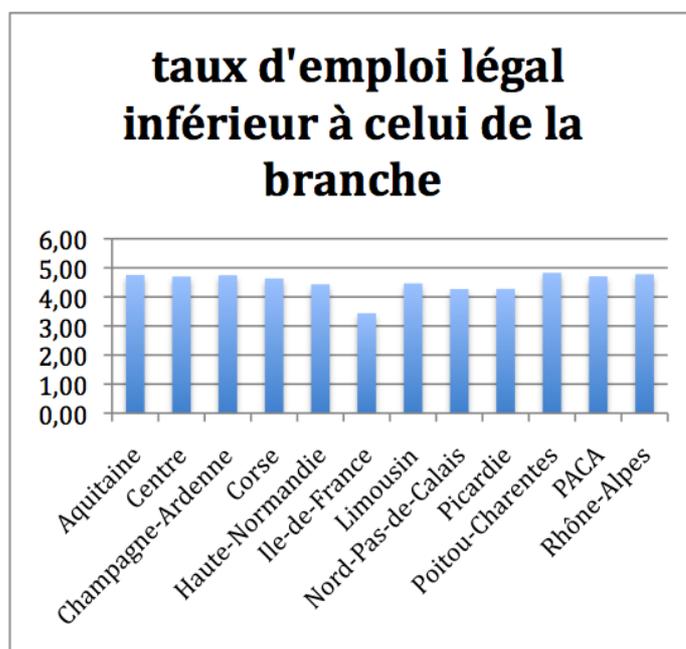
2.2.1 Les taux d'emploi de la branche

De 2009 à 2012 le taux d'emploi légal dans la branche a progressé de 8,7%. Cette progression correspond à celle du taux d'emploi direct, essentiellement due au secteur de la santé dont les différents taux d'emploi restent cependant inférieurs à ceux de l'ensemble de la branche. Le taux d'emploi indirect est resté quasiment stable pour l'ensemble de la branche et pour chacun des secteurs.

EXERCICE	TX EMPLOI DIRECT %	TX EMPLOI INDIRECT %	TX EMPLOI LEGAL %
2009	4,26	0,21	4,47
2010	4,45	0,24	4,69
2011	4,56	0,26	4,82
2012	4,63	0,23	4,86

évolution du taux d'emploi dans la branche - source Agefiph - traitement JJK and Co

Pour chacun des taux d'emploi, des disparités régionales sont perceptibles :

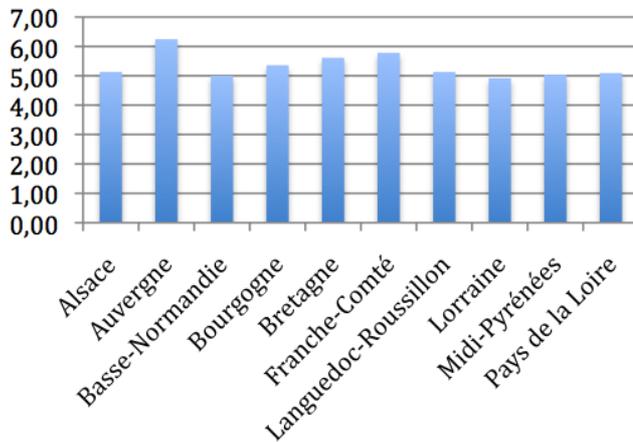


L'Ile de France est la région qui présente le taux d'emploi légal le plus bas de la branche : 3,44%

7 régions présentent un écart de moins de 5% par rapport au taux de la branche, 2 un écart de 5 à 10 %, l'Ile de France un écart de 29%

Source Agefiph – traitement JJK and Co

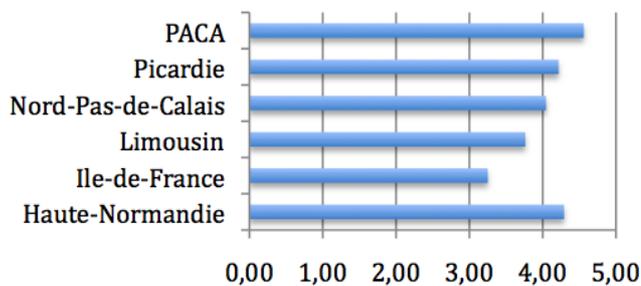
taux d'emploi légal supérieur ou égal à celui de la branche



Pour ces régions, la contribution de l'emploi indirect dans le taux d'emploi légal varie de 2 % pour l'Auvergne à 12% pour la Franche-Comté

Source Agefiph – traitement JJK and Co

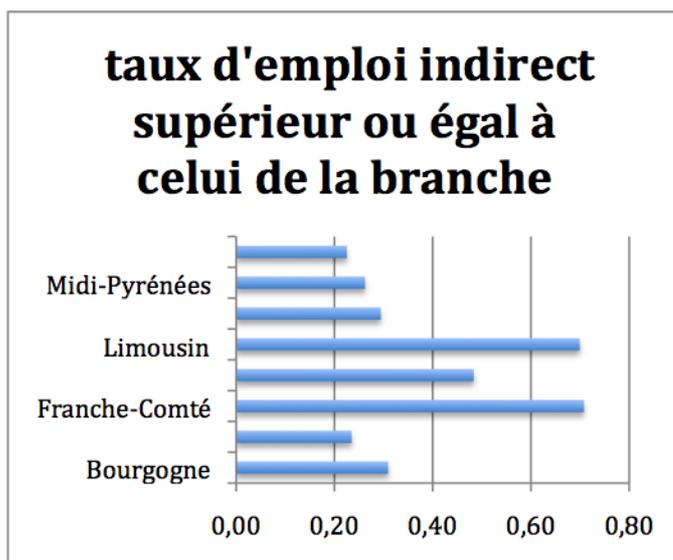
taux d'emploi direct inférieur à celui de la branche



L'Ile de France est la région qui présente le taux d'emploi direct le plus bas de la branche : 3,25%

1 région présente un écart de 5% par rapport au taux de la branche, 2 un écart de 5 à 10 %, 1 un écart de 10 à 15 %, 1 un écart de 15 à 20 %, l'Ile de France un écart de 30%

Source Agefiph – traitement JJK and Co



5 régions ont un taux d'emploi indirect supérieur de 30% à celui de la branche dont 2 trois fois supérieur: Limousin et Franche Comté. Ces cinq régions réalisent par ailleurs près de 50% de l'emploi indirect toutes régions confondues

Source Agefiph – traitement JJK and Co

Le taux d'emploi légal de la branche en 2012 est inférieur de 3 % à celui des établissements du secteur qui adhèrent à l'accord OETH, mais se situe largement au dessus de celui des entreprises privées assujetties (+ 57%). Pour ce qui concerne le taux d'emploi direct, il est équivalent dans l'ensemble du secteur (4,56 % pour la branche de l'hospitalisation, 4,61 % pour les déclarants à l'OETH⁹). Le taux d'emploi indirect de la branche est par contre significativement inférieur à celui des déclarants à l'OETH (0,26 % pour 0,39 %).

	2009	2010	2011	2012
Entreprises privées assujetties	2,6%	2,8%	2,9%	3,1%
OETH	4,6%	4,94%	5%	5 %
Fonction publique territoriale	N.C.	4,83%	4,99%	5,1%
Fonction publique hospitalière	N.C.	4,86%	5,1%	5,32%
Branche hospitalisation privée	4,47%	4,69%	4,82%	4,86%

sources AGEFIPH- DARES-FIPHFP-OETH- traitement JJK AND CO

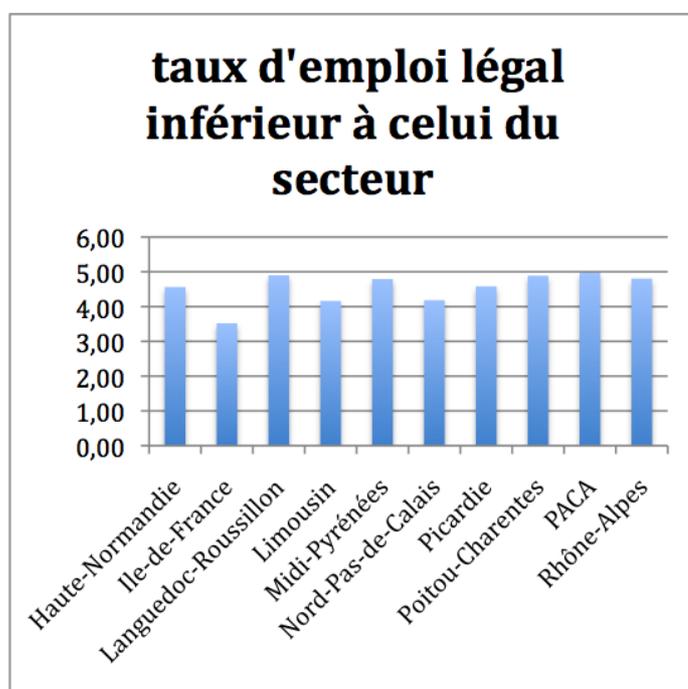
⁹ données 2011

2.2.2 Les taux d'emploi du secteur médico social

EXERCICE	TX EMPLOI DIRECT %	TX EMPLOI INDIRECT %	TX EMPLOI LEGAL %
2009	4,52	0,22	4,74
2010	4,68	0,25	4,93
2011	4,78	0,28	5,06
2012	4,80	0,23	5,03

évolution du taux d'emploi secteur médico social- source Agefiph- traitement JJK and Co

De 2009 à 2012 le taux d'emploi légal du secteur médico social a progressé de 6,1 %. Cette évolution est essentiellement attribuable à l'évolution du taux d'emploi direct, qui est supérieur à celui de l'ensemble de la branche.

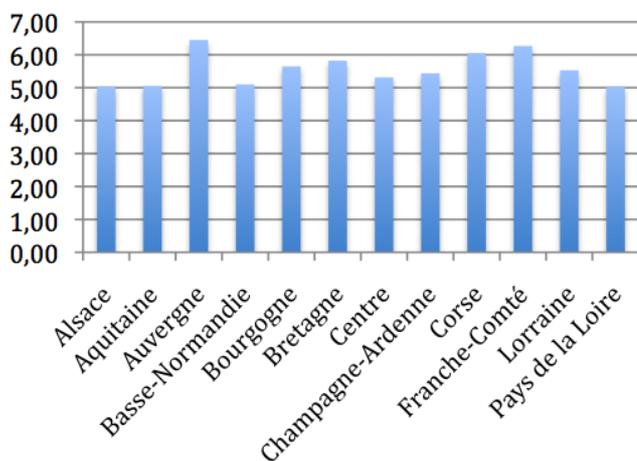


L'Ile de France est la région qui présente le taux d'emploi direct le plus bas du secteur : 3,52 %

5 régions présentent un écart de moins 5% par rapport au taux du secteur, 2 un écart de 5 à 10 %, 2 un écart de 15 à 20 %, l'Ile de France un écart de 30%.

Source Agefiph – traitement JJK and Co

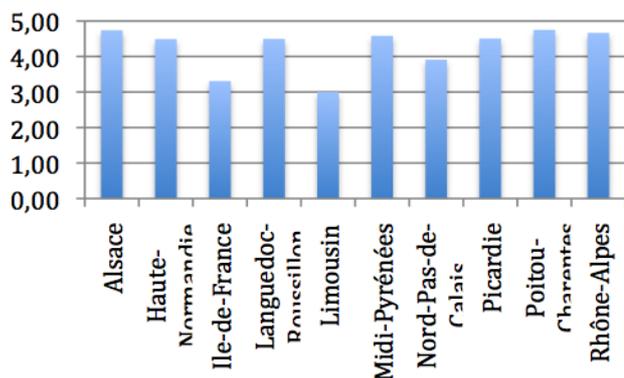
taux d'emploi légal supérieur ou égal à celui du secteur



Pour ces régions, la contribution de l'emploi indirect dans le taux d'emploi légal varie de 0,8 % pour le Centre à 13% pour la Franche-Comté

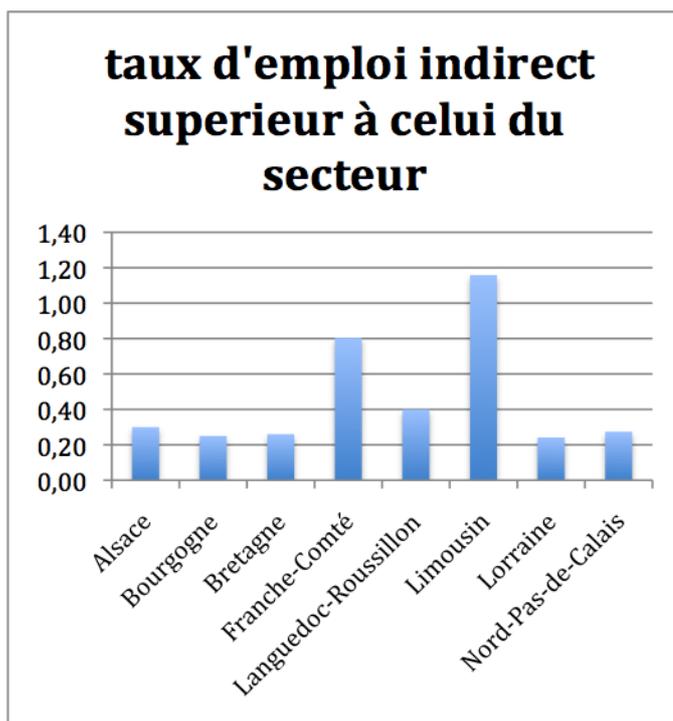
Source Agefiph – traitement JJK and Co

taux d'emploi direct inférieur à celui du secteur



Le Limousin est la région qui présente le taux d'emploi direct le plus bas du secteur: 3 %

4 régions présentent un écart de moins de 5% par rapport au taux du secteur, 3 un écart de 5 à 10 %, 1 un écart de 15 à 20 %, 1 un écart de 25 à 30 %, le Limousin un écart de 37,5 %



3 régions ont un taux d'emploi indirect supérieur de 70% à celui du secteur dont 2 Limousin (5 fois supérieur) et Franche Comté (3,5 fois supérieur)
Ces trois régions réalisent par ailleurs 43 % de l'emploi indirect toutes régions confondues

Source Agefiph – traitement JJK and Co

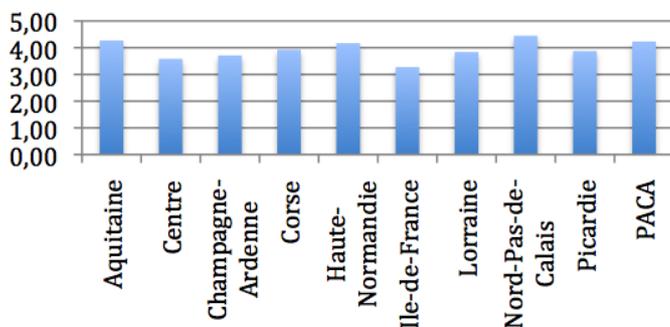
2.2.3 Les taux d'emploi du secteur sanitaire

EXERCICE	TX EMPLOI DIRECT %	TX EMPLOI INDIRECT %	TX EMPLOI LEGAL %
2009	3,78	0,20	3,98
2010	4,03	0,22	4,25
2011	4,14	0,23	4,37
2012	4,31	0,22	4,53

évolution du taux d'emploi secteur sanitaire- source Agefiph- traitement JJK and Co

De 2009 à 2012 le taux d'emploi légal du secteur médico social a progressé de 14,5 %. Cette évolution est essentiellement attribuable à l'évolution du taux d'emploi direct, qui reste néanmoins inférieur à celui de l'ensemble de la branche.

taux d'emploi légal inférieur à celui du secteur

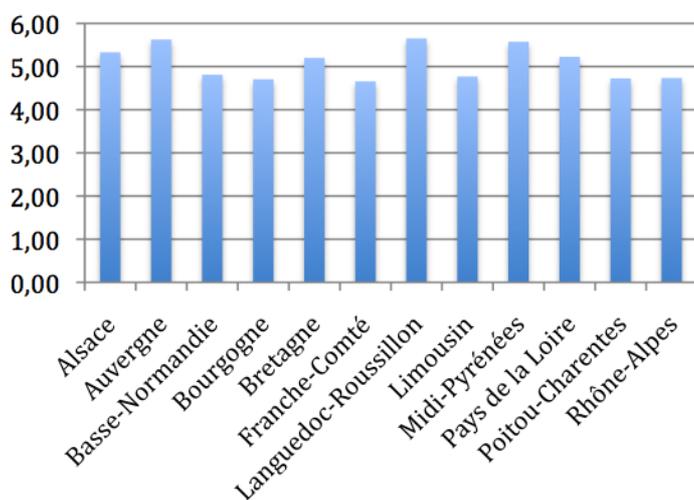


L'Ile de France est la région qui présente le taux d'emploi direct le plus bas du secteur : 3,28 %

1 région présente un écart de moins 5 % par rapport au taux du secteur, 3 un écart de 5 à 10 %, 2 un écart de 10 à 15 %, 2 un écart de 15 à 20 %, 1 un écart de 20 à 25 %, l'Ile de France un écart de 28 %.

Source Agefiph – traitement JJK and Co

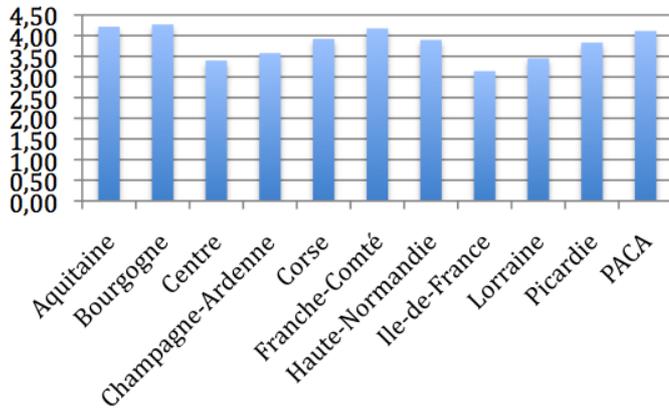
taux d'emploi légal supérieur ou égal à celui du secteur



Pour ces régions, la contribution de l'emploi indirect dans le taux d'emploi légal varie de 1,4 % pour la Basse Normandie à 10,6 % pour le Languedoc Roussillon

Source Agefiph – traitement JJK and Co

taux d'emploi direct inférieur à celui du secteur

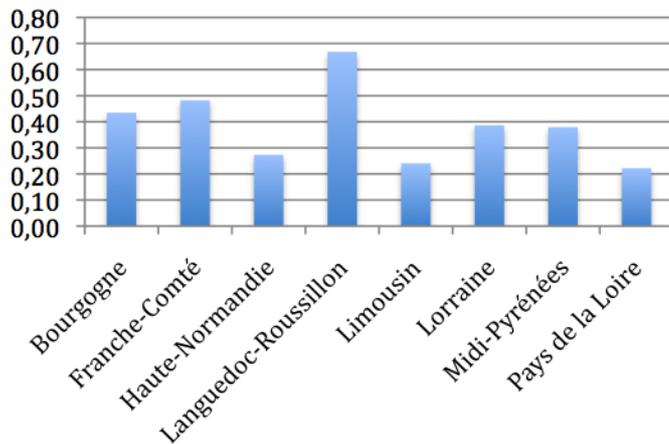


L'Ile de France est la région qui présente le taux d'emploi direct le plus bas du secteur: 3,14 %

4 régions présentent un écart de moins de 5% par rapport au taux du secteur, 2 un écart de 5 à 10 %, 1 un écart de 10 à 15 %, 2 un écart de 15 à 20 %, 1 un écart de 20 à 25 %, l'Ile de France un écart de 27 %

Source Agefiph – traitement JJK and Co

taux d'emploi indirect superieur à celui du secteur



3 régions ont un taux d'emploi indirect supérieur de 50 % à celui du secteur dont 3 Franche Comté et Bourgogne (2 fois supérieur) et Languedoc Roussillon (3 fois supérieur)
Ces trois régions réalisent par ailleurs 34 % de l'emploi indirect toutes régions confondues

Source Agefiph – traitement JJK and Co

2.2.4 L'évolution du taux d'emploi légal par région

Evolution 2009/2012	Branche	secteur sanitaire	secteur médico social
Alsace	11%	21%	6%
Aquitaine	16%	10%	19%
Auvergne	11%	27%	8%
Basse-Normandie	8%	13%	6%
Bourgogne	9%	30%	3%
Bretagne	5%	-2%	9%
Centre	31%	25%	32%
Champagne- Ardenne	19%	17%	19%
Corse	33%	38%	28%
Franche-Comté	13%	10%	10%
Haute-Normandie	4%	16%	-1%
Ile-de-France	1%	5%	-1%
Languedoc- Roussillon	8%	14%	6%
Limousin	13%	59%	-23%
Lorraine	2%	6%	0%
Midi-Pyrénées	5%	21%	-2%
Nord-Pas-de-Calais	1%	-7%	5%
Pays de la Loire	7%	9%	7%
Picardie	-3%	-2%	-4%
Poitou-Charentes	14%	22%	10%
PACA	17%	10%	19%
Rhône-Alpes	-2%	8%	-6%
Ensemble	9%	14%	6%

sources AGEFIPH- traitement JJK and Co

légende : Noir: inférieur ou égal à la moyenne- vert :supérieur à la moyenne- rouge – diminution

10 régions ont une progression de leur taux d'emploi légal, supérieure à celle de l'ensemble de la branche. Pour quatre d'entre elles, le taux d'emploi légal est dans une progression supérieure à la moyenne dans les deux secteurs, pour trois d'entre elles dans une progression supérieure dans le secteur sanitaire, pour trois autres dans le secteur médico social.

2.3- Contribution de la branche

Le montant de la contribution de la branche est de 11,25 M€, il peut être estimé avec les contributions des groupes ayant signé un accord à 20 M€.

Code NAF	Nombre d'établissements	Montant
8610 Z	505	7 601 783
8710 A	494	2 268 126
8710 B	53	256 053
8710 C	35	210 914
8730 A	192	917 606,
Total	1279	11 254 482

source et traitement AGEFIPH

Le secteur sanitaire le plus important en ETP est le premier contributeur. En moyenne¹⁰, les établissements du secteur sanitaire contribuent à hauteur de 15 053 €, les établissements du médico social à hauteur de 4 719 €, pour une moyenne de branche qui s'élève à 8 799 €.

Secteur	Nombre d'établissements	Montant	% de la contribution de la branche
Sanitaire	505	7 601 783	68 %
Médico social	774	3 652 698	32 %

¹⁰ cette moyenne est donnée à titre de repère, mais ne peut être considérée comme le reflet des contributions des établissements au regard des disparités mentionnées précédemment et des effectifs concernés

En 2012, le montant de la contribution¹¹ des établissements adhérents à l'OETH s'élève à 10,5 M€. Sur la base de l'activité des établissements du secteur privé de la santé à statut commercial la répartition de la contribution est la suivante :

Code NAF	Nombre d'établissements	Montant	% de la contribution relative
8610 Z	383	2 037 068	54 %
8710 A	462	360 104	46 %
8710 B	418	757 333	
8710 C	175	360 104	
8730 A	106	203 858	
Total	1544	3 718 467	

Extrait du rapport d'activité AGEFIPH 2012

Le montant de la collecte de l'AGEFIPH s'élève en 2012 à 476 M€.
 Les établissements contributeurs de la branche représentent 2,7% de l'ensemble des établissements contributeurs, tous secteurs d'activité confondus.
 La contribution de la branche représente 2,3 % du montant global.

¹¹ obligation 2011 versée en 2012 par 1512 établissements

J'ai repris le travail en 2011 dans la clinique, après un long parcours de rééducation et de repositionnement professionnel. Tout s'est fait en lien avec mon employeur et avec les services de la médecine du travail, ils m'ont laissée faire le travail psychologique nécessaire, ils ont vraiment été à mon rythme pour faciliter mon retour.

Ce n'était pas mon premier changement puisqu'à la base je suis aide soignante. J'ai commencé des études d'infirmière en 1998 mais j'ai travaillé tout de suite après avoir validé la 1^{ère} année, cela équivaut à un diplôme d'aide soignante. Au moment de mon embauche, j'ai parlé de mon ambition de devenir infirmière. J'ai été entendue et lorsque j'ai souhaité partir en formation pour obtenir la qualification il n'y a pas eu de problème. C'était une évolution professionnelle, j'ai fait l'école d'infirmière de 2005 à 2008. Ensuite je suis revenue au travail et j'ai eu un poste correspondant. Mon employeur m'a suivie, tout allait pour le mieux. Mais c'est juste après, peut-être 3 mois plus tard, que j'ai subi un gros accident de voiture, un soir en sortant du travail. Là, ça a été un choc énorme, dans tous les sens du terme : fracture du bassin, problèmes dorsaux, perte de l'usage d'un pouce. Les séquelles sont multiples et toutes très handicapantes. Sans compter la douleur qui ne s'estompe pas complètement, même après les années. Je suis restée 3 mois hospitalisée, pratiquement toujours couchée, puis je suis rentrée chez moi. Evidemment... j'ai d'abord cru que j'allais pouvoir récupérer.

L'employeur m'a laissée faire, je suis venue essayer. J'avais l'impression que le fait de remettre les mains *dans le cambouis* allait finir de me rétablir, j'y croyais réellement. J'ai tenu quelques temps avec l'adrénaline, je pense. Mais les douleurs qui ont suivi ont été très impressionnantes et j'ai dû me résigner à lâcher prise.

Je parle de résignation parce que c'est vraiment ce que j'ai ressenti. L'accident de voiture m'est tombé dessus alors que je ne m'y attendais pas, je n'en suis pas responsable. Et pourtant, derrière les conséquences sont lourdes pour moi. Dans ces conditions, je ne peux pas parler d'acceptation. Oui, je dis que je suis résignée. Après l'échec de la reprise sur mon poste d'infirmière, c'est là que mon employeur m'a laissé le temps de me repositionner. J'ai fait un gros travail de rééducation, je me suis accrochée et j'espérais encore secrètement que les choses allaient revenir comme avant. Mais à un moment les progrès ont stagné et j'ai atteint mes limites. La CPAM a considéré ma situation comme consolidée. A ce moment, la DRH m'a fait la proposition de devenir technicienne d'information médicale. C'est un travail administratif. Après une longue période, j'avais de toute façon envie de recommencer une activité, le travail me manquait énormément. J'ai pris ce qu'on m'a proposé parce que physiquement je pouvais le faire et parce qu'il fallait que je redémarre. Le poste est à mi-temps et je l'occupe donc depuis presque 3 années maintenant. Il y a beaucoup de procédures à intégrer, il a fallu que je m'investisse vraiment, que je me concentre et que je m'intéresse. Le poste a été adapté sur le plan ergonomique. J'ai un bureau dont la hauteur peut-être ajustée électriquement, comme mon siège. Ainsi j'ai appris à faire varier ma position en fonction de mes besoins et de mes douleurs. Cela m'a fait beaucoup de bien même si je me suis sentie d'abord un peu décalée avec ma qualification d'infirmière : mes collègues du service sont secrétaires, ou secrétaires médicales. Je m'y suis mise à fond parce que je considère que lorsque l'on fait quelque chose, il faut le faire bien. Je crois aussi que c'était une forme de loyauté vis à vis de mon employeur qui a vraiment joué un rôle important en soutenant toujours la possibilité de mon reclassement. Ce soutien est passé par la DRH, bien sûr, mais j'ai également eu les encouragements de mon chef de service, des médecins, et l'accompagnement précieux de mes collègues au moment de la prise de poste.

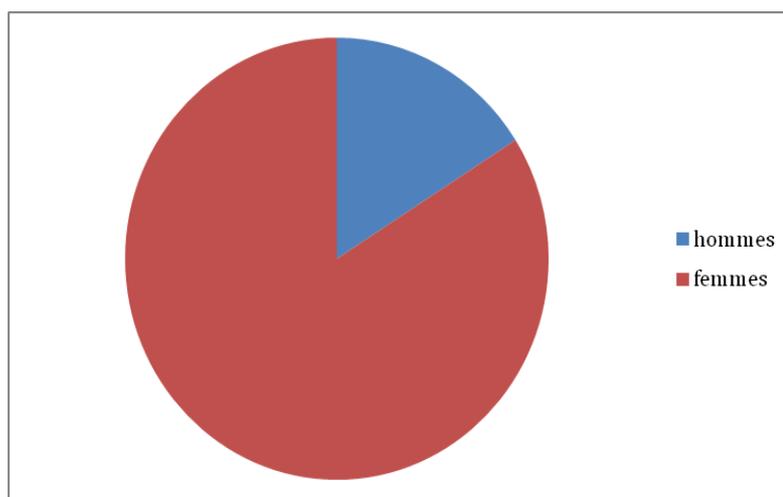
Aujourd'hui ma situation est de nouveau stabilisée. J'ai repris le volant d'une voiture également. Mon environnement est plutôt rassurant. J'essaie de retrouver des activités, y compris avec ma fille qui avait 7 ans au moment de l'accident. Je marche, mais les longues promenades sont désormais impossibles. De même, une séance de cinéma devient trop éprouvante au-delà d'une heure et demie. Je dois changer de position régulièrement, doucement. Je m'adapte. Et au travail, je me sens désormais tout à fait compétente, c'est très important pour mon nouvel équilibre.

3- CARACTÉRISTIQUES DE L'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPES DANS LA BRANCHE

En 2012, 8384 personnes en situation de handicap sont salariées des établissements de la branche¹².

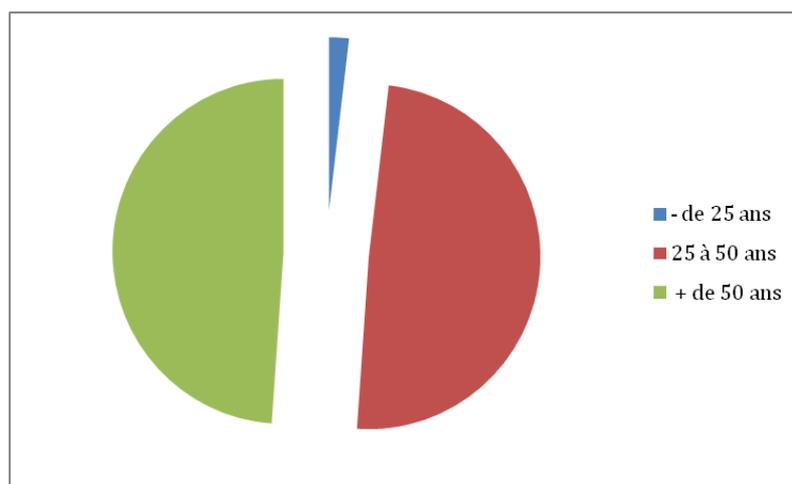
3.1 Caractéristiques générales de la population des travailleurs handicapés en emploi dans les établissements de la branche

Les femmes sont les plus représentées (84%), soit 4,5% de moins que pour la population globale (données 2010- rapport de branche).



Source Agefiph – traitement JJK and Co

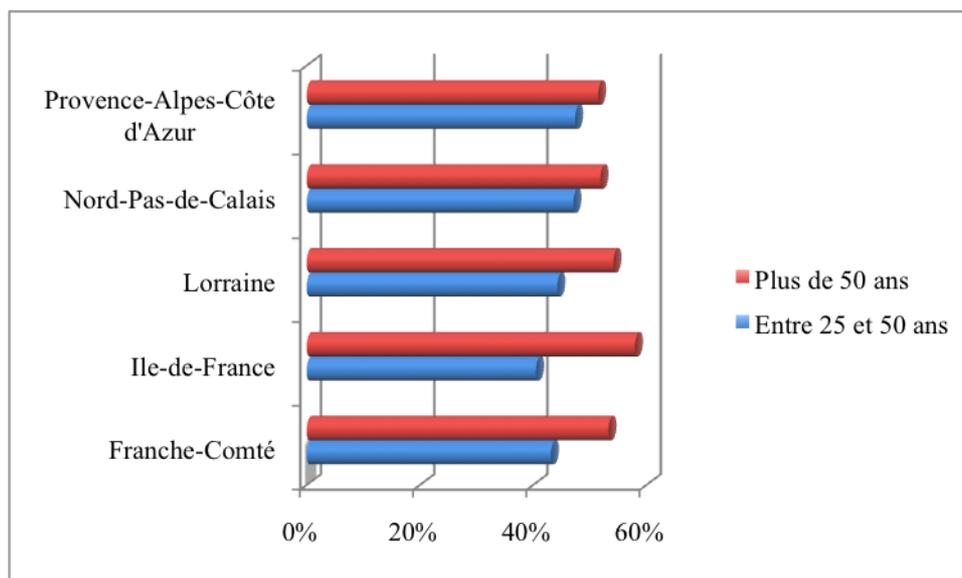
Deux tranches d'âge représentent de manière égale 98 % des effectifs, les 25/50 ans et les plus de 50 ans. L'âge moyen est de 46,1 ans pour la population étudiée.



Source Agefiph – traitement JJK and Co

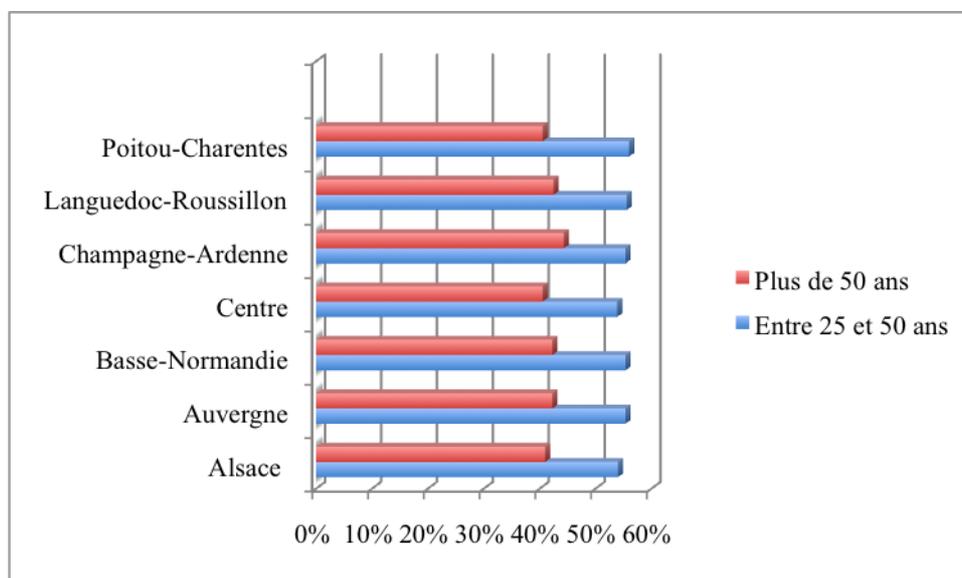
¹² La population étudiée représente 88 % des effectifs de la branche, les analyses sont réalisées à partir des données fournies par l'Agefiph pour l'année 2012.

Cinq régions ont une population de travailleurs handicapés plus âgée que la moyenne générale de la branche



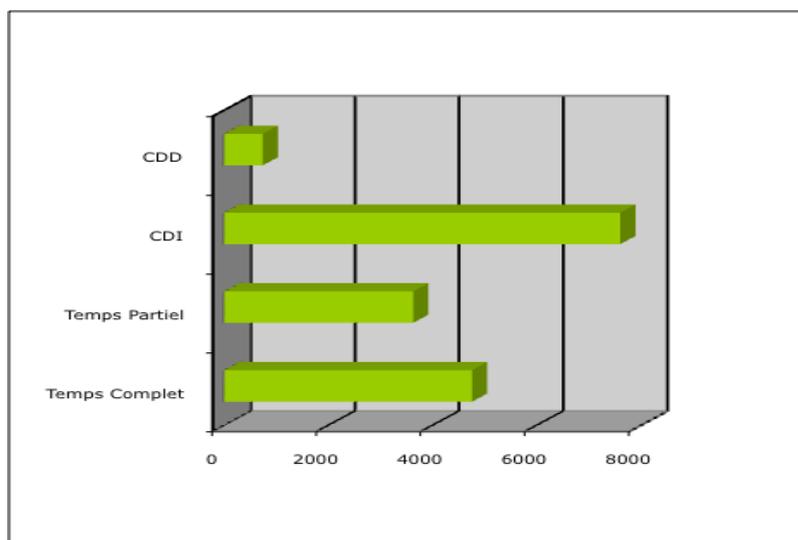
Source Agefiph – traitement JJK and Co

Sept régions présentent une population de travailleurs handicapés moins âgée que la moyenne générale de la branche.



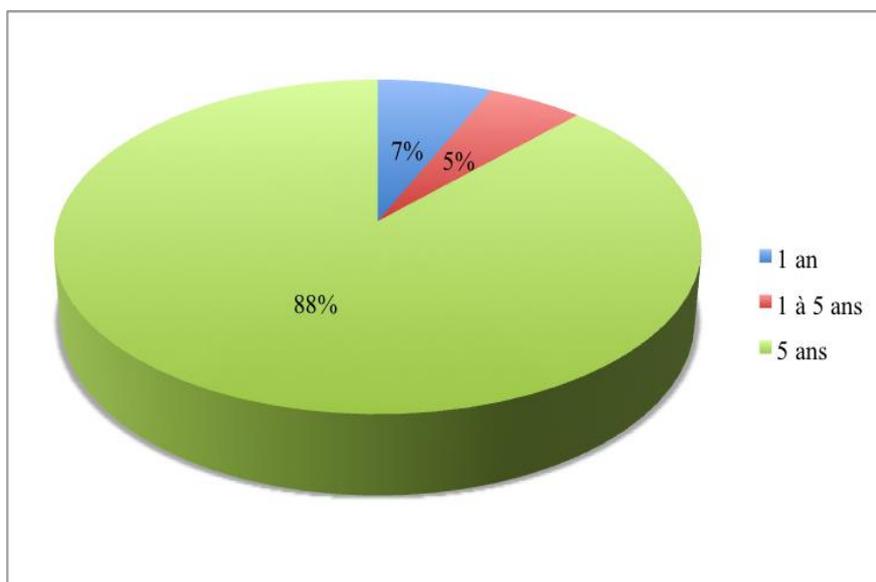
Source Agefiph – traitement JJK and Co

Les travailleurs handicapés sont très majoritairement en contrat à durée indéterminée (91%, 91,5% pour l'ensemble des salariés de la branche) sur des postes à temps plein (57%,84% pour l'ensemble des salariés de la branche).



Source Agefiph – traitement JJK and Co

88 % de la population a une ancienneté supérieure à cinq ans dans la branche (46% pour l'ensemble des salariés de la branche).



Source Agefiph – traitement JJK and Co

Caractéristiques des bénéficiaires de l'accord OETH – rapport 2012

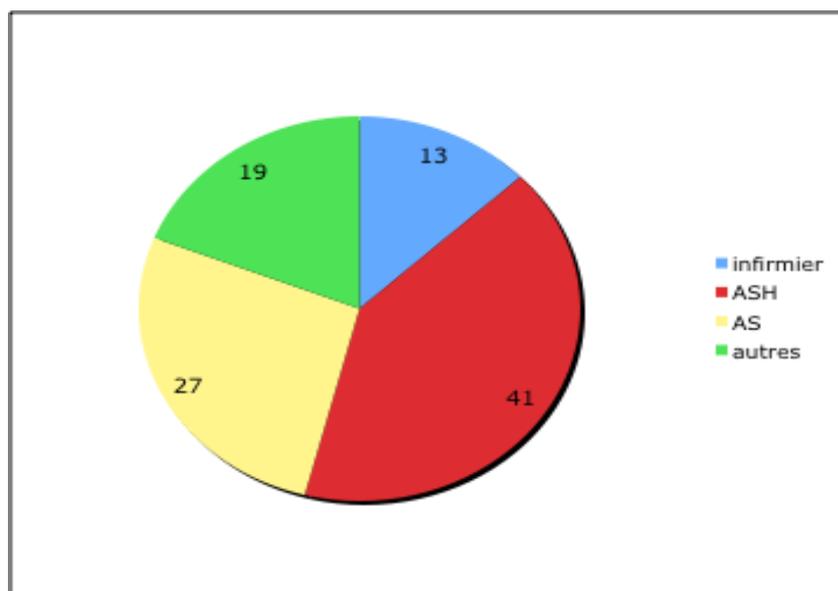
47,9 ans d'âge moyen
 68 % de femmes
 85,8 en CDI
 51,5% à temps plein

3.2 Caractéristiques des emplois occupés par les travailleurs handicapés

81 % des personnes en situation de handicap, salarié des établissements du secteur, exercent l'un des trois métiers suivants : Agent de service hospitalier - ASH (41%), Aide soignant -AS (27%), Infirmier (13%).

8 % exercent l'un des quatre métiers suivants AMP (3%), Agent d'accueil et d'accompagnement (2%), Cuisinier (2%), Animateur (1%)

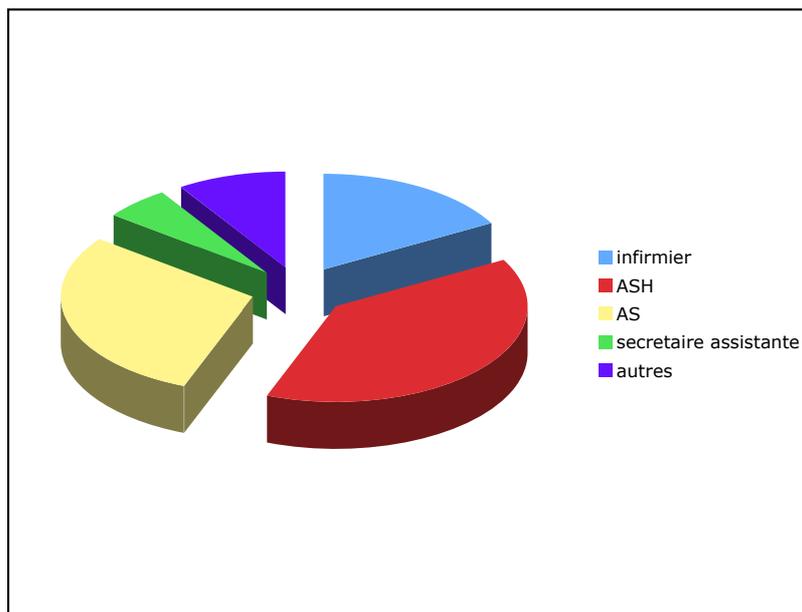
Les métiers de Comptable, Auxiliaire de Puériculture, Sage-femme, Agent administratif, Agent de service Hôtelier, Psychologue, Responsable d'établissement, Jardinier représentent un total de 5 % .



Source Agefiph – traitement JJK and Co

Pour la branche entière la répartition est la suivante : ASH (10,2%), AS (21,7%), infirmier (24,5%), AMP (6,5%), Agent d'accueil et d'accompagnement (1,6%), cuisinier (0,9%), animateur(- de 1 %), comptable, auxiliaire de puériculture, sage-femme, agent administratif, agent de service hôtelier, psychologue, responsable d'établissement, jardinier représentent un total de + de 15 % .

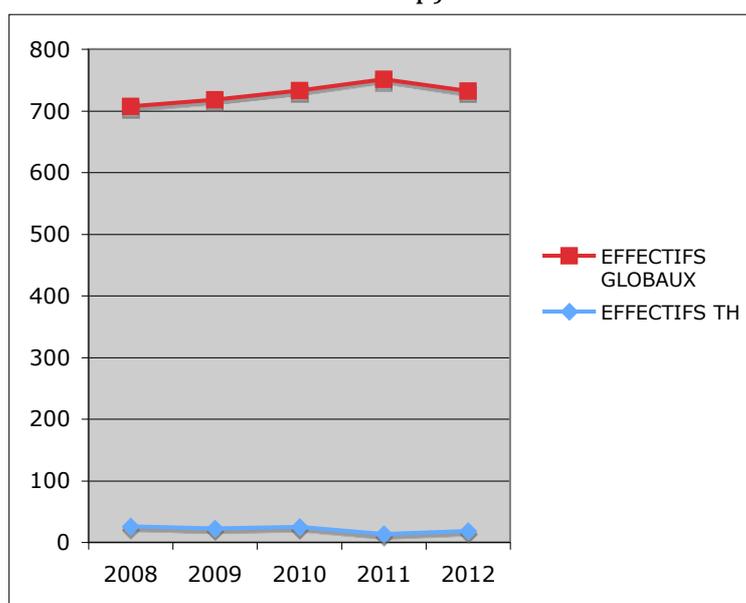
Les plus de 50 ans sont majoritairement présents dans les trois métiers qui comptent la majorité des travailleurs handicapés : ASH, AS, Infirmier.



Source Agefiph – traitement JJK and Co

3.3 Caractéristiques générales de la population des travailleurs handicapés en contrat de professionnalisation dans les établissements de la branche

De 2008 à 2012, 3537 contrats de professionnalisation ont été signés dont 104 pour des personnes en situation de handicap (56 % par des établissements du secteur sanitaire, 44% par ceux du secteur médico social). Sur cette période, le nombre global de contrat de professionnalisation signés par les établissements de la branche a progressé de près de 5%, dans des proportions très contrastées selon les populations concernées (+6% pour les personnes sans handicap, - 31 % pour les personnes en situation de handicap).

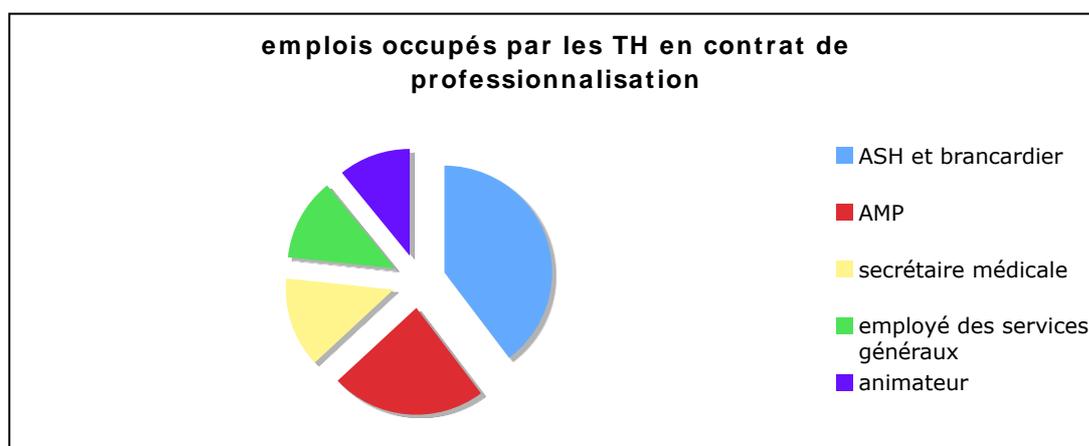


source ACTALIANS- traitement JJK and Co

Cinq régions ont signé 69% des contrats de professionnalisation pour des travailleurs handicapés :

- Rhône Alpes (30), 77 % par des établissements du secteur sanitaire, dont 47% signés par 4 établissements,
- PACA (15), 60% par des établissements du secteur sanitaire
- Ile de France (13), 69 % par des établissements du secteur sanitaire
- Languedoc Roussillon (8), 87 % par des établissements du secteur sanitaire dont 50% signés par un seul établissement
- Midi Pyrénées (6), 50% par des établissements de chacun des secteurs.

70% des emplois occupés par les travailleurs handicapés sont répartis sur cinq métiers :



source ACTALIANS- traitement JJK and Co

Huit formations représentent 84% des qualifications visées en contrat de professionnalisation : DEAMP (20), Brancardier (17), Secrétariat (15) Agent d'entretien (10), ASH (9), Réseaux informatique (6), Cuisine (5) BPJEPS (5)¹³.

Extrait du rapport d'activité AGEFIPH 2012

Les contrats de professionnalisation primés ont connu en 2012 une baisse de 23 % par rapport à 2011. Cette baisse, pour réelle qu'elle soit, doit être partiellement relativisée. En effet, un changement de périmètre des contrats primés est intervenu en 2012. Les personnes handicapées ayant signé un contrat à compter du 1er janvier 2012 ne bénéficient de la prime qu'à condition d'avoir au moins 45 ans : dès lors, les contrats signés au bénéfice de personnes handicapées ayant au moins 45 ans par des entreprises non éligibles à la prime ne sont plus identifiés par l'Agefiph. Ils pourraient représenter quelques 170 contrats pour l'année.

¹³ Brevet Professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport.

3.4 Caractéristiques générales de la population des travailleurs handicapés par secteurs

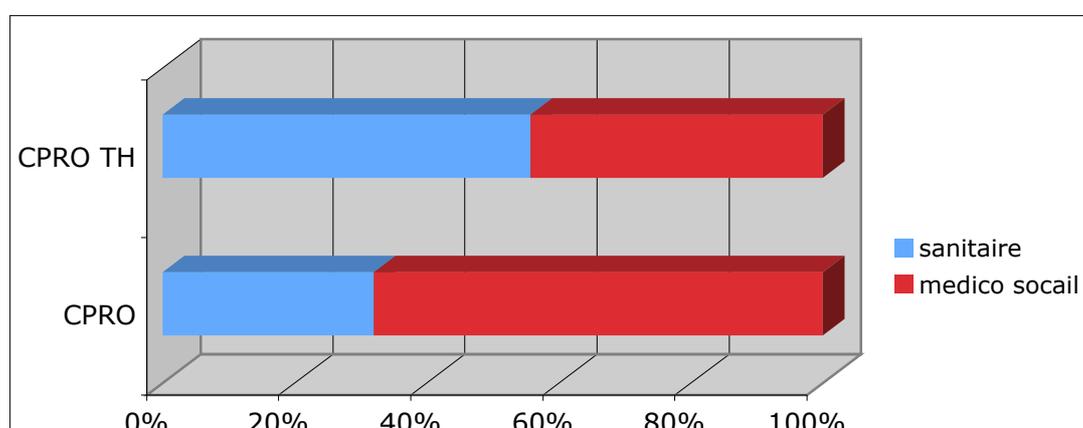
Le secteur médico social (tableau 1, page suivante)

Les établissements du secteur médico social emploient 34% des travailleurs handicapés de la branche. La répartition Hommes/femmes est identique à celle de la branche. La proportion de travailleurs handicapés de moins de 25 ans est légèrement supérieure à celle observée pour la branche entière (3,5 % pour 2 %). La proportion de personnes en CDI et en temps plein est inférieure à celle de la branche entière (86 % et 54%). 81 % des personnes en situation de handicap, salarié des établissements du secteur, exercent l'un des trois métiers suivants : Agent de service hospitalier¹⁴ -ASH (54%), Aide soignant -AS (22%), AMP (6 %).

Le secteur sanitaire (tableau 2, page suivante)

Les établissements du secteur sanitaire emploient 66% des travailleurs handicapés de la branche. La répartition Hommes/femmes est identique à celle de la branche. La proportion de travailleurs handicapés de plus de 25 ans est légèrement supérieure à celle observée pour la branche entière (99 % pour 98 %). La proportion de personnes en CDI et en temps plein est légèrement supérieure à celle de la branche entière (93 % et 58%). 81 % des personnes en situation de handicap, salarié des établissements du secteur, exercent l'un des trois métiers suivants : Agent de service hospitalier -ASH (34%), Aide soignant -AS (30%), infirmier (17%).

32 % des contrats de professionnalisation de la branche sont signés par les établissements du secteur sanitaire, 56% pour les travailleurs handicapés, respectivement 68% et 44 % pour le secteur médico social.



source ACTALIANS- traitement JJK and CO

¹⁴certains des établissements du secteur sont répertoriés avec une activité mixte sanitaire et médico sociale

Tableau 1

Répartition de la population des travailleurs handicapés du secteur médico social¹⁵, par type de métier, genre, âge, nature du contrat de travail, durée du temps de travail et type de reconnaissance (année 2012)¹⁶

EMPLOIS	GENRE		AGE			Temps de travail		Nature du contrat de travail		RQTH
	homme	femme	moins de 25 ans	25 à 50 ans	plus de 50 ans	Temps Complet	Temps Partiel	CDI	CDD*	
ASH	215	1296	68	795	648	745	766	1233	276	1269
AS	66	543	14	329	266	394	215	558	37	494
AMP	24	142	1	117	48	111	55	152	14	141
infirmier	14	135	0	60	89	76	73	144	5	120
Animateur	18	81	3	61	35	48	51	84	15	90
Secrétaire assistante	4	93	1	53	43	45	52	85	12	88
Cuisinier	64	27	10	41	40	58	33	75	16	77
Agent accueil et accompagnement	1	34	1	21	13	18	17	28	7	33
infirmier responsable	4	16	0	5	15	16	4	20	0	14
Agent service hôtelier	1	16	1	7	9	7	10	11	6	12
Jardinier	12	1	1	4	8	9	4	11	2	12
Psychologue	1	8	0	7	2	1	8	8	1	7
Responsable établissement	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1
Total	424	2394	100	1502	1216	1528	1290	2411	391	2359

*16 intérimaires sont à comptabiliser en plus dans les contrats de travail

¹⁵ certains des établissements du secteur sont répertoriés avec une activité mixte sanitaire et médico sociale

¹⁶ Rappel : La population étudiée représente 88 % des effectifs de la branche

Tableau 2

Répartition de la population des travailleurs handicapés du secteur sanitaire, par type de métier, genre, âge, nature du contrat de travail, durée du temps de travail et type de reconnaissance (année 2012)¹⁷

EMPLOIS	GENRE		AGE			Temps de travail		Nature du contrat de travail		RQTH
	homme	femme	moins de 25 ans	25 à 50 ans	plus de 50 ans	Temps Complet	Temps Partiel	CDI	CDD*	
ASH	462	1457	40	931	948	1130	789	1708	203	1434
AS	206	1438	5	698	941	1019	625	1587	50	1062
infirmier	116	1077	1	535	647	608	595	1171	14	684
Secrétaire assistante	20	443	6	276	181	270	193	407	56	369
Agent accueil et accompagnement	16	91	1	56	50	58	49	95	2	88
Cuisinier	53	28	2	44	35	61	20	76	5	58
AMP	13	47	0	30	30	37	23	55	5	48
Sage femme	2	39	0	21	20	15	26	40	1	22
Jardinier	19	1	0	8	12	14	6	19	1	8
Psychologue	3	14	0	9	8	7	10	17	0	12
Animateur	5	10	1	7	7	7	8	12	3	10
Agent service hôtelier	0	7	0	3	4	4	3	7	0	5
Total	915	4652	56	2628	2883	3230	2337	5194	340	3799

¹⁷ Rappel : La population étudiée représente 88 % des effectifs de la branche

Je crois que j'ai une vraie vocation pour l'orthopédie, la traumatologie. Déjà pendant mes études d'infirmière j'avais fait plusieurs stages dans ce domaine. Mon diplôme en poche, j'ai tout naturellement postulé à la clinique pour un poste au bloc opératoire. J'ai commencé avec une équipe spécialisée dans la chirurgie de la main, c'était en 1997 et cela a duré 6 années. Ensuite je suis passée au bloc central et je suis intervenue pour d'autres spécialités. Il faut savoir qu'il y a plusieurs métiers possible pour une infirmière au bloc, il y a la fille de salle, la panseuse, l'aide opératoire, l'instrumentaliste. J'ai exercé plusieurs fonctions et cela me plaisait beaucoup, c'était varié et l'équipe pluridisciplinaire était soudée. Par de multiples aspects, j'étais donc tout à fait à mon aise. Mais le problème était la charge physique de ces postes. Il y a beaucoup d'outillage à transporter, à manipuler, le matériel est lourd et encombrant ; ce sont des caisses, des boîtes, des marteaux, des forets, un peu comme dans un atelier. L'idée me plaisait beaucoup, mais je crois que c'était très lourd. D'autant que les positions à adopter pendant les opérations sont compliquées et pénibles ; soutenir une jambe, la maintenir pendant la mise en place d'une prothèse, c'est à la fois technique, difficile, et assez particulier également. J'aimais beaucoup mais mon dos a commencé à me faire souffrir. Un jour, c'est un peu comme s'il n'avait plus voulu : je suis restée littéralement bloquée. Le diagnostic a été relativement rapide, je souffrais d'une hernie discale et d'un rétrécissement du canal de la moelle épinière. Après de longues discussions avec les médecins et de multiples tergiversations, j'ai décidé de me faire opérer. Personne n'était persuadé que c'était la bonne solution mais il fallait prendre une option, décider quelque chose. C'est moi qui ai choisi. De toute façon, j'étais arrivée au bout du bout, je consommais beaucoup d'antalgiques, avec un dosage de plus en plus élevé. C'est une consommation qui s'était installée petit à petit et que je n'avais pas vraiment surveillée, je crois que je préférerais ne pas savoir.

Après l'opération, les douleurs ont continué, il y a eu des complications, une neuropathie sur les deux jambes. Pour me remettre et aplanir tout ça, j'ai tout de même été arrêtée durant 14 mois. Pendant ce temps j'ai fait tout un parcours intérieur. D'abord je voulais absolument retrouver ce que j'avais quitté. Mais cela s'est vite avéré impossible, j'ai bien dû consentir à l'accepter même si c'est peut-être une des choses les plus difficiles que j'ai eu à affronter dans ma vie. Je consultais régulièrement des médecins à cause des douleurs qui persistaient et qui devenaient chroniques. Comme j'étais tout juste divorcée et que mes filles avaient 6 et 8 ans, ma situation n'était pas non plus tout à fait confortable et je devais continuer de faire face à pas mal de choses, tout en acceptant d'être en difficulté. Les médecins m'ont parlé de la MDPH, de la Reconnaissance de Travailleur Handicapé, ils sont revenus plusieurs fois m'expliquer qu'il y avait peut-être là une ouverture pour moi. J'ai fini par accepter. Au début cela me donnait l'impression de m'éloigner de la possibilité de reprendre le travail, je pensais que ce serais fichu si j'acceptais une telle reconnaissance de mes problèmes de santé. Handicapée ! Jamais je n'aurais voulu cela.

Evidemment, je peux le dire maintenant, cette RTH a été le début de la solution pour moi. A partir du moment où j'ai accepté mes nouvelles limitations, j'ai pu devenir partenaire de ceux qui étaient là pour envisager des solutions de reclassement. En premier lieu, il y avait la DRH, qui a été très active, très disponible et à l'écoute... mais qui avait besoin de ce dossier MDPH pour engager des actions. Elle s'est mise en lien avec le médecin du travail, j'ai été tenue informée des différentes étapes, les choses se sont mises à avancer. En même temps, mais je ne m'en rendais pas compte sur le moment, mes douleurs diminuaient. J'ai finalement repris le travail sur un poste d'infirmière dans un service de consultation en cardiologie. Mon poste consistait par exemple à faire passer des tests à l'effort pour des patients qui venaient en consultation externe. Physiquement, ce n'était plus du tout les mêmes contraintes qu'auparavant. Cette expérience m'a réellement remise en selle et je me suis vraiment refaite une santé. Je vais beaucoup mieux aujourd'hui, et j'ai de nouveau changé de service.

A mon initiative et en accord avec ma DRH, je travaille désormais en endoscopie. J'ai retrouvé une ambiance de bloc opératoire sans les contraintes physiques. C'est vraiment bien adapté, peut-être que je ne demanderai d'ailleurs pas le renouvellement de ma RTH, puisque je n'en ai plus besoin.

Depuis tout petit, j'avais voulu être cuisinier. Tout naturellement, j'avais passé mon CAP et puis j'étais rentré dans la vie active. J'ai travaillé dans des restaurants, j'ai fait beaucoup de déplacements, j'ai effectué des saisons l'hiver, et puis l'été. Ensuite j'ai fait des remplacements dans des lycées ou bien en maison de retraite. A un moment j'ai choisi de me poser un peu, et j'ai été recruté comme cuisinier dans un Centre de Réhabilitation Cardio-Respiratoire, c'était en 1990. J'étais tout juste marié, et nous avons rapidement eu deux enfants avec ma femme.

Je peux dire qu'à ce moment là tout allait pour le mieux. A l'époque je ne m'en rendais pas compte, mais je peux dire ça aujourd'hui.

C'est en 1993 que la maladie a commencé. Au début, le diagnostic n'était pas clair et les médecins tâtonnaient pour adapter un traitement. J'ai multiplié les arrêts de travail, j'avais des douleurs, ça n'allait pas, et cela a duré plusieurs années avec des périodes d'accalmie entre deux crises. En 2000, j'ai fait la demande du statut de Travailleur Handicapé et en 2001 j'ai entamé des démarches pour envisager un reclassement professionnel. J'étais en mi-temps thérapeutique. Compte-tenu de ma situation de santé, j'ai obtenu rapidement un Congé Individuel de Formation et je me suis formé à la comptabilité. J'ai préparé un Bac Pro, je l'ai obtenu en 2003. L'AGEFIPH a participé au financement de cette formation aussi, tout s'est bien passé.

Avec ce diplôme, je pouvais envisager un reclassement professionnel dans de bonnes conditions, mais en fait, jusqu'à aujourd'hui, je n'en ai pas eu besoin. Après mon baccalauréat, mon employeur, en accord avec la médecine du travail, a choisi de me proposer d'abord un aménagement de poste, une adaptation complète. Je ne devais plus cuisiner mais je restais au sein de la cuisine pour des tâches d'approvisionnement, de logistique et d'organisation. C'était bien adapté, je n'avais plus de manipulation répétées, de ports de charges, j'étais sur des tâches transversales. J'ai en outre continué de bénéficier d'un mi-temps thérapeutique. J'aurais préféré être recruté au service comptable, mais dans un premier temps cette situation est apparue comme bien adaptée. Ensuite, la situation a évolué mais en prenant une direction que je n'avais pas préméditée.

De fait, j'avais été élu Délégué du Personnel suppléant en 2001, donc pendant ma formation. Et je suis devenu titulaire aux élections suivantes, en 2005. A partir de là, j'ai eu des heures de délégation. Comme j'ai eu aussi rapidement des mandats syndicaux à l'échelon national, les heures de délégation sont venues recouvrir presque totalement mes heures de travail puisque je travaille à mi-temps. Après le mi-temps thérapeutique, après ma formation, j'ai en effet obtenu une pension d'invalidité de 1^{ère} catégorie. Elle signifiait la consolidation de ma maladie, avec une perte partielle de mes capacités. Donc je travaille à mi-temps et la perte financière est en partie compensée par la CPAM, c'est le principe.

Ainsi, ma situation aujourd'hui est relativement stabilisée et plutôt bien adaptée. Le moral est revenu, je me sens bien. Ce n'était pas évident du tout de pouvoir retrouver un tel équilibre avec tout ce que j'ai traversé.

Il est certain qu'il y a eu beaucoup d'aménagements et d'adaptations mais cela en valait la peine. Il y a bien longtemps que je n'ai pas eu besoin de m'arrêter. Disons que la situation est redevenue normale, si l'on peut dire.

Cependant, il est vrai qu'il y a toujours comme une épée de Damoclès au-dessus de ma tête. Ma situation actuelle est bien adaptée mais elle est liée à mon statut de représentant du personnel et de représentant syndical au niveau national. Il est tout à fait possible que je ne sois pas réélu la prochaine fois et à ce moment-là il faudra trouver un nouvel équilibre. Je préfère ne pas trop y penser. Je sais aussi que je pourrai toujours faire valoir mes compétences de comptable. Jusque-là je n'en ai pas eu besoin, alors même que je les ai acquises grâce à des dispositifs visant à favoriser mon reclassement professionnel.

Si besoin, il faudra que je puisse m'en servir. Ce sera un autre bouleversement. Peut-être aussi un nouveau challenge.

4- LES PRATIQUES DES ETABLISSEMENTS

Les pratiques exposées concernent 21% des établissements¹⁸ du périmètre de l'étude : 64% du secteur médico social, 36% du secteur sanitaire.

Extrait du rapport -Le handicap sur le lieu de travail : les pratiques des entreprises- Bureau International du Travail - 2010

Le document Le handicap sur le lieu de travail : les pratiques des entreprises est riche en déclarations politiques et en pratiques qui témoignent de l'intégration du handicap dans les activités des entreprises. Un certain nombre de caractéristiques se dégagent de ces profils.

Parmi les pratiques liées aux opérations internes à l'entreprise :

- Les déclarations politiques de non-discrimination et d'insertion des personnes handicapées
- Les activités de benchmarking
- Les mesures visant à rendre accessibles le lieu de travail, le matériel imprimé, l'environnement en ligne et les brochures commerciales ainsi que les points de vente ou la distribution
- Les réseaux d'employés sur le handicap
- Les formations de sensibilisation au handicap pour l'encadrement et les collègues de travail.

Parmi les pratiques visant à promouvoir la formation, l'embauche ou le maintien des personnes handicapées et pour renforcer leur productivité :

- Le recrutement spécifique ou les techniques et les programmes de dissémination dans les communautés
- Les stages, les programmes de formation et le mentorat, ou des programmes destinés aux dirigeants spécialement orientés vers les personnes handicapées
- Un aménagement raisonnable pour répondre aux besoins individuels
- L'affectation de ressources humaines spécifiques ou de personnel de gestion formé ou qui connaît les questions relatives au handicap au travail
- Les politiques et les pratiques relatives aux relations d'entreprise à entreprise avec les entrepreneurs handicapés.

Parmi les pratiques de partenariat ou de collaboration pour intégrer le handicap ou les objectifs en matière de responsabilité sociale des entreprises :

- Les politiques, les normes ou les programmes spécifiques pour atteindre ou influencer les fournisseurs et la chaîne d'approvisionnement
- Les programmes de bénévolat pour les employés
- La collaboration avec les syndicats, les organisations non gouvernementales et les gouvernements
- La collaboration avec les organisations de personnes handicapées, y compris au sujet de la formation de sensibilisation au handicap, de l'accessibilité et du développement de produits
- Le respect des normes d'accessibilité, à la fois en ligne et dans l'environnement physique et la promotion active de ces normes
- La participation à des groupes d'entreprises et à des réseaux liés aux questions du handicap.

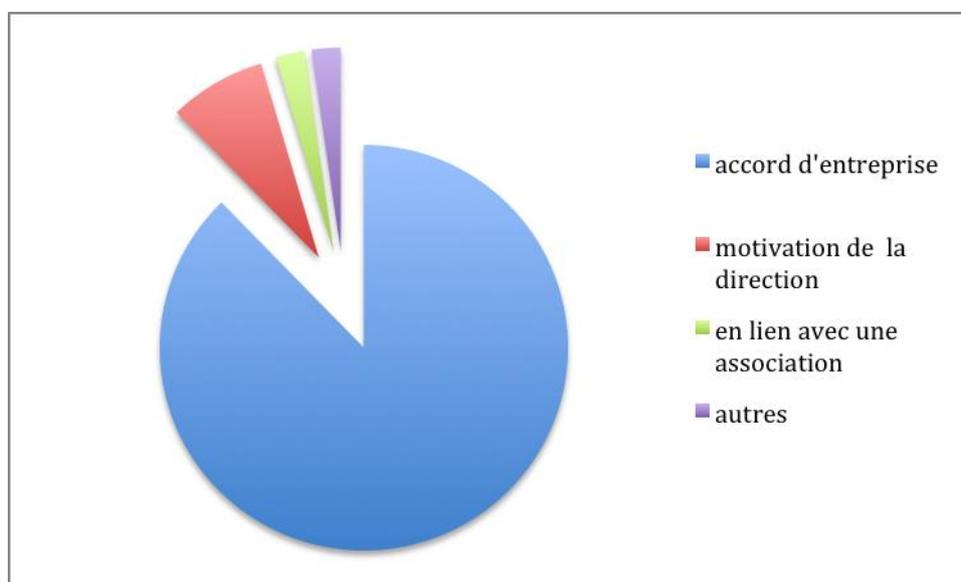
¹⁸ 79,5 % de ces établissements appartiennent à l'un des trois groupes ayant répondu au questionnaire

Les établissements répondants se répartissent de la manière suivante :

Taille des entreprises	secteur sanitaire	secteur medico social
20 à 49 salariés	4	25
50 à 99 salariés	16	22
+ de 100 salariés	27	12
total individuels	47	59
total groupes	276	200
TOTAL	323	259

4.1 Cadre des pratiques des établissements

93 % des établissements répondants déclarent avoir une pratique en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, 87 % d'entre eux font référence à un accord d'entreprise.¹⁹



source et traitement JJK and Co

4.2 Types d'actions de sensibilisation et de communication²⁰

19 % des établissements individuels ont organisé des journées de sensibilisation en direction de leurs employés et cadres. Quatre établissements ont organisé plus de deux journées et représentent à eux seuls plus de 70 % des journées organisées. Ces journées sont systématiquement réalisées avec l'appui d'un partenaire externe (Agefiph, CAP emploi, prestataire spécialisé), pour une durée moyenne d'une journée et demie.

70% des répondants individuels déclarent ne pas utiliser de supports de communication relatif à l'emploi des travailleurs handicapés (83 % parmi les

¹⁹ en intégrant l'ensemble des établissements des 3 groupes répondants

²⁰ pour les paragraphes 4.2 à 4.5 nous distinguerons l'action des groupes et des établissements individuels ou de moins de 500 salariés

établissements de moins de 100 salariés, 62 % parmi les établissements de plus de 100 salariés).

Pour les établissements qui utilisent des supports l'éventail est large (dépliants et/ou affiches pour 25 % d'entre eux, livret d'accueil pour 20 %, articles dans la newsletter ou sur le site internet pour 25 %).

Pour les trois groupes répondants dont l'action se situe dans le cadre d'un accord, 3310 collaborateurs (managers, cadres, employés, tuteurs) ont bénéficié d'actions de sensibilisation allant de 2 h 30 à une journée, mises en oeuvre dans la plupart des cas avec l'appui d'un prestataire extérieur. Ces trois groupes ont réalisé en interne leurs supports (dépliants, affiches, films,.), deux d'entre eux ont élaboré des guides interne pour l'accueil des personnes en situation de handicap.

4.3 Actions en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés

91% des répondants individuels déclarent ne pas participer à des actions en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

66 % déclarent avoir été sollicité par des personnes en situation de handicap pour tous les emplois existants dans la branche.

52 % déclarent avoir engagé des démarches pour embaucher des personnes en situation de handicap, dont 56 % en partenariat avec un acteur spécialisé (principalement CAP emploi). Les emplois proposés appartiennent à la filière soins dans 43 % des cas, et à celle de la filière administrative pour 38%.

Sur la période considérée (2010/2012), 36 établissements individuels ont embauché de 1 à 4 travailleurs handicapés (61 personnes), huit d'entre eux réalisant 41 % de ces embauches.

Sur la période considérée (2010/2012), 74 % des répondants individuels ont mené des actions de maintien dans l'emploi, dont 87 % avec aménagement du poste de travail.

80 salariés (de 40 établissements) travailleurs handicapés ont exprimé une demande de formation (diplômante pour 82% d'entre elles), avec un taux de réalisation de 83% . Pour 15 % des salariés concernés, la formation a abouti à un changement de poste (dans la majorité des cas reclassements de la filière soin vers la filière administrative).

50 % des répondants individuels ont signé un contrat en alternance, dont 23 % un contrat d'apprentissage.

Pour les trois groupes répondants, la signature d'un accord permet la mobilisation de moyens et la mise en place de démarches actives en matière d'emploi des travailleurs handicapés. Ainsi sur la période considérée, ces groupes ont participé à la Semaine pour l'emploi des personnes handicapés, des salons spécialisés, des forums, des jobdating. De façon générale ils sont sollicités

par des personnes en situation de handicap pour tout type de postes et mènent des actions pour recruter sur tout type de postes (y compris soignants), en partenariat avec les acteurs spécialisés (CAP emploi et Agefiph). Pour la période considérée 275 personnes ont été embauchées par les deux groupes du secteur sanitaire, qui ont par ailleurs signé des contrats par alternance (40 dont 91 % en contrat d'apprentissage).

Les trois groupes mènent des actions de maintien dans l'emploi (avec ou sans aménagement du poste de travail), et mentionnent également des licenciements pour inaptitude.

Pour ce qui concerne la formation des salariés handicapés, les données ne sont pas quantifiées en tant que telles (principe de non discrimination).

4.4 Partenariat avec les acteurs du handicap et avec les organismes de formation

L'ensemble des répondants individuels et groupes ont des relations de partenariat avec les acteurs spécialisés : AGEFIPH, CAP emploi, SAMETH, ALTHER, ESAT et dans certains cas avec des entreprises adaptées.

Pour ce qui concerne la formation, 42 % des établissements individuels ont signé des conventions avec des organismes qui forment des IDE, AS ou ASH, seul l'un des trois groupes répondants a développé ce type de partenariat.

4.5 L'approche des établissements concernant les conditions de mise en oeuvre d'une politique d'emploi en direction des travailleurs handicapés

En conclusion du questionnaire qui leur était adressé les établissements ont été invités à se positionner sur huit affirmations.²¹

Au regard des opinions exprimées, il apparaît que pour une majorité des répondants, les spécificités des activités des établissements de la branche apparaissent comme l'un des obstacles majeur à l'emploi de travailleurs handicapés :

- 27 % des répondants pensent que seuls certains types de handicap sont compatibles avec l'activité des établissements
- 23% pensent que certains métiers ne peuvent être proposés aux personnes en situation de handicap.

Pour ce qui concerne la recherche de candidats, il est intéressant de noter que ce sont les compétences requises pour occuper les emplois qui sont mises en avant, ainsi

- 24 % des répondants estiment qu'il est difficile de trouver des candidats travailleurs handicapés qui aient les compétences requises pour les postes proposés

²¹ cf annexe 3 - sur les 109 questionnaires renseignés (individuels et groupes), 104 ont été traités, 264 opinions ont été exprimées

- quand 6% estiment qu'il est difficile de trouver des candidats travailleurs handicapés en général.

Les répondants semblent estimer que les questions relatives à l'intégration et au maintien dans l'emploi, sont plus maîtrisables, en effet

- pour 11 % d'entre eux, il est plus facile d'organiser le maintien dans l'emploi que d'intégrer une personne en situation de handicap
- 6 % estiment que c'est l'adaptation au poste de travail qui pose problème,
- 2 % que c'est l'intégration dans les services,
- 1 % que c'est l'accompagnement, quand il est nécessaire, qui est difficile à organiser dans les services.

Catherine C, 46 ans, le point de vue d'une DRH **J'ESSAIE D'IMPULSER UNE DYNAMIQUE**

J'occupe ce poste de DRH dans la clinique depuis une dizaine d'années. J'ai vu plusieurs situations, plusieurs reclassements mais aussi quelques licenciements pour inaptitude. Il y a 500 salariés dans l'établissement.

Un des parcours qui m'a marqué, c'est celui d'une jeune femme qui a eu un accident du travail. Nous la connaissions bien et nous l'avions accompagnée dans des démarches de promotion interne avec de la formation qualifiante ; elle était un bon élément. Et puis... l'accident. Tout s'arrête pour elle, et puis pour nous aussi. Dans son service on l'a remplacée bien sûr mais elle a manqué. Elle était tellement impliquée. De notre côté, du côté de l'employeur, on a décidé de ne pas la lâcher, on a décidé de faire quelque chose. De tenter au moins. La décision de facilité aurait été de la licencier. Mais elle est revenue, d'abord à temps partiel, et avec le Médecin du Travail nous avons cherché à identifier les possibilités de la salariée ; nous avons réfléchi aux postes qui pourraient être adaptés. Il n'y en avait pas tant que ça, il y en avait deux. Il s'est trouvé que l'un des deux s'est libéré au moment où l'on cherchait une piste. Cela s'est fait tout naturellement. On peut dire que c'est de la chance... mais ce serait oublier l'accident. Je pense simplement que lorsque il y a de la volonté, si l'on réfléchit sérieusement à un reclassement au niveau de la DRH, et que l'on fait appel aux partenaires (médecine du travail, SAMETH), alors s'ouvre la possibilité de rencontrer des opportunités. Les idées se croisent, on communique en interne et quelques fois, comme dans cet exemple, les éléments s'enchaînent positivement.

Tout n'est pas facile, il faut convaincre les chefs de services par exemple. Si l'enjeu d'un reclassement est important pour l'établissement, il ne l'est pas forcément immédiatement pour le chef de service qui s'organise sur une logique plus partielle ; et c'est tout à fait normal. Et puis nous n'échappons pas à un certain raisonnement : tout le monde est d'accord sur le principe d'un reclassement ou d'une embauche d'un travailleur handicapé, mais personne ne souhaite spontanément accueillir la personne en question dans son service. Il faut le savoir, ne pas s'y arrêter et chercher à convaincre par l'exemple, quitte à imposer ça et là quelques aménagements pour que les appréhensions soient dépassées.

Le rôle de la DRH est alors de soutenir les équipes, et puis la personne recrutée ou reclassée. De soutenir sans stigmatiser. Soutenir l'idée que c'est faisable, c'est important. Au quotidien, mon rôle est aussi d'être constamment en veille pour anticiper au maximum. Je connais les postes qui exposent plus que les autres les salariés à des risques particuliers, je repère aussi les salariés qui commencent à être dans une situation tendue. Il y a des indicateurs que je me dois de surveiller comme les arrêts maladie, ou bien les comptes rendus des entretiens annuels, et les avis de la Médecine du Travail. Et puis ce qui est irremplaçable, c'est le lien au quotidien avec les chefs de service pour permettre que remontent jusqu'à moi leurs visions et leurs ressentis : tout ce qu'ils sont seuls à voir, à entendre, à constater. Ce n'est jamais exhaustif, mais c'est une intention que j'ai, une attention aussi. Et ensuite, ma responsabilité c'est du pilotage. J'essaie de raisonner en amont, d'identifier des solutions pour un éventuel reclassement qui n'est pas encore d'actualité mais pour lequel je fais l'hypothèse qu'il faudra intervenir. Si je pense à un poste qui pourrait permettre à l'un ou l'une d'être moins contraint, et si ce poste se libère, je le garde *sous le coude*. Très concrètement, par exemple, je recrute quelqu'un en contrat à durée déterminée sur ce poste pour avoir le temps de le proposer, de préparer l'éventuel repositionnement de la personne pour laquelle je pense que ce serait adapté. C'est une foule de petites choses comme celle-là. C'est un état d'esprit aussi. Il y a les partenaires dont j'ai parlé, mais il y a surtout une volonté en interne, c'est clair.

Nous avons beaucoup fait, et nous continuons de le faire. Sur ce chantier je suis un peu en première ligne, j'essaie d'impulser une dynamique. Il y a aussi un enjeu de communication interne à démontrer que l'on peut composer avec les passages à vide des uns ou des autres. Les passages à vide surviennent parfois lorsque personne ne les attend, et il convient d'y faire face. C'est ma vision des choses. C'est possible, beaucoup de choses sont possibles, à la condition que les personnes soient actrices.

Je travaille dans la maison de retraite depuis 15 ans. J'ai passé les premières années au sein du service hébergement. Le poste consistait à entretenir les locaux et à participer au service du petit déjeuner pour les résidents. J'aimais bien cet emploi, je l'avais obtenu après de longues années de travail plus précaire, ailleurs. Et puis j'ai eu mal au dos. C'était assez diffus mais petit à petit la douleur s'est installée et a augmenté. Je n'y prêtai pas attention, je faisais avec et j'essayais d'oublier. Peut-être que je voulais passer outre, ou bien même passer en force. Un jour, je suis restée bloquée et je suis partie aux urgences. Les médecins ont décelé une hernie discale très mal placée, elle comprimait la moelle épinière et déclenchait une véritable paralysie. Moi je souffrais, j'étais allongée et je sentais bien que je ne pouvais plus bouger. La paralysie empirait d'heure en heure et les médecins ont décidé de me transférer dans un autre établissement, mieux équipé. Il fallait m'opérer, et j'ai su après que l'équipe a alors annoncé à mon mari qu'il fallait s'attendre à me voir paralysée à vie peut-être. L'opération était très risquée. A l'issue, je suis restée allongée un mois complet. J'avais des protections et une sonde. Heureusement que j'avais l'expérience de la maison de retraite, cela m'a aidé à accepter tous ces appareillages. De toute façon, à ce moment-là j'étais vraiment paralysée, presque jusqu'en haut et il se disait que je ne remarquerai plus. Je suis rentrée chez moi, j'ai commencé un programme de rééducation, pendant 1 an ½. J'utilisais un fauteuil roulant et je portais un corset, je ne mettais plus le pied par terre. Un jour, j'ai dit au médecin : « *Je ne sens plus mes jambes* ». Il m'a dit qu'il ne savait pas si je pourrai remarquer. C'est à ce moment là que je l'ai entendu vraiment pour la première fois.

Moi, je n'ai jamais abandonné et je me disais que je remarquerai, c'était mon leitmotiv. Je n'ai rien lâché du tout, j'ai réappris entre deux barres parallèles au début. J'ai perdu tout la sensibilité dans les jambes mais je peux les faire bouger. Oui, je marche de nouveau. Je conduis même. J'ai une voiture automatique parce que je n'ai plus de sensation pour les pédales, mais c'est déjà vraiment une réussite pour moi. D'ailleurs, et c'est paraît-il assez classique pour les personnes dans ma situation, je n'ai plus de souvenir de l'époque où je pouvais avoir encore toute ma sensibilité dans les jambes.

Donc, après 2 ans, je remarquais. Et là j'ai voulu repartir comme avant, à l'entretien des locaux, mais le médecin m'a arrêtée. J'ai eu un poste en cuisine. J'ai travaillé à temps plein, je voulais me prouver quelque chose, j'ai tout donné, encore. Et bien sûr, je me suis effondrée. Un jour en rentrant chez moi je me suis littéralement écroulée de fatigue. A force de vouloir prouver que j'étais encore capable, j'avais vraiment dépassé les bornes. De nouveau, j'ai vu le médecin du travail qui n'était pas surpris de me revoir. Moi, j'avais vraiment du mal à accepter, à être de nouveau en arrêt. J'ai dû faire un travail sur moi conséquent. Mon mari m'a épaulée et m'a fait comprendre lui aussi que je ne pouvais pas continuer ainsi.

Alors je me suis reposée et je suis revenue en cuisine mais à mi-temps. Avec le médecin conseil de la CPAM, les choses se sont bien passées, mon invalidité partielle a été reconnue et j'ai pu avoir droit à une pension qui compensait presque le passage à temps réduit. Un ergonome est venu pour étudier mon poste de travail et l'adapter autant que possible. Je suis aujourd'hui limitée à des tâches assez bien identifiées, comme par exemple la peluche ou la découpe de certains aliments. Je travaille assise au maximum, j'ai un siège adapté. Surtout, je dois éviter le port de charges lourdes.

Mon responsable a été très disponible et très compréhensif, et les collègues également. Pour moi c'était tout de même fabuleux de pouvoir retrouver une place après tout ce qui m'était arrivé. Je pense que c'était aussi déterminant du point de vue de mon honneur personnel. Je voulais remarquer, je voulais retravailler, je voulais être comme tout le monde. J'ai cru que j'étais guérie mais mon corps a vraiment tiré la sonnette d'alarme lorsque je me suis effondrée

la seconde fois. J'ai compris le message et je connais mieux mes limites maintenant même si je garde le mordant qui m'a permis de m'en sortir au moment où personne ne voulait croire que je remarcherai un jour. Je reste autonome, je travaille, je suis une maman qui peut participer au financement des études de ses enfants. Je suis fière de cela.

Dans mon malheur, tout relatif, je sais aussi que j'ai pu apprendre un nouveau métier, changer d'équipe et d'habitudes. J'ai appris beaucoup de choses, sur moi aussi.

5- LES PRATIQUES DES CENTRES DE FORMATION

Les organismes de formation initiale et continue sont donc tenu de procéder de manière juste (conforme au droit), non discriminante, aussi bien lors des processus d'accès aux formations (modalités de sélection) que de réalisation des parcours (encore souvent nommé scolarité lorsque les formations sont marquées par la culture de la formation initiale). Si cela peut se traduire concrètement par des aménagements techniques (matériel, logiciel...), le recours à une tierce personne (secrétariat), la mise en place d'une durée adaptée (tiers temps, horaires de passation) ou l'adaptation de modalités d'évaluation (écrit/oral), il faut rappeler qu'une majorité de personnes handicapées suit une formation sans recourir à un quelconque aménagement.

La loi du 11 février 2005 (**Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées**) s'inscrit dans le principe de non-discrimination²² et instaure un droit de compensation pour les personnes en situation de handicap. Ces droits s'appliquent au domaine de l'enseignement et de la formation. Cette question est souvent comprise sous un aspect restrictif d'accessibilité physique aux locaux, alors qu'elle nécessite une approche globale permettant de supprimer tout obstacle à la réalisation du parcours de formation (contenu, outils de communication, pédagogie, aide technique et humaine, accompagnement, évaluation, accès,) en raison d'un problème de santé "substantiel, durable ou définitif". A ce titre, la scolarisation des enfants handicapés relève aujourd'hui d'un droit qui, s'il ne donne pas toujours totalement satisfaction, diffuse dans la société et pour les années à venir une nouvelle approche de la question (environ 300 000 enfants scolarisés en France).

5.1 Repères

Le nombre d'étudiants handicapés recensés dans l'enseignement supérieur en 2012 s'élève à 12 062²³(sur 1462716 étudiants inscrits dans le supérieur²⁴), la loi de 2005 ayant eu un effet sur la nette progression de ce nombre (+ 60%). La politique incitative menée en leur faveur par le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche après l'entrée en vigueur de la loi du 11 février 2005 a accéléré cette progression²⁵.

Plusieurs raisons expliquent cette évolution et notamment :

- une arrivée croissante d'élèves en provenance du second degré, singulièrement

²² ratification de plusieurs directives européennes

²³ il était de 7557 en 2004,

²⁴ données INSEE

²⁵ rapport sur les étudiants handicapés dans l'enseignement supérieur- Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche-2011

depuis la rentrée 2005 ;

- des étudiants mieux informés de leurs droits, qui hésitent moins à venir se faire connaître auprès des personnels de la structure handicap et à demander des aides de compensation ;

- des poursuites d'études plus nombreuses

- des politiques d'établissement visant à développer la sensibilisation et la formation des personnels, contribuant ainsi à un repérage plus efficace des étudiants qui ont besoin d'être accompagnés pour leur éviter de décrocher à cause des difficultés qu'ils rencontrent du fait de leur handicap.

Il convient d'ajouter que certains étudiants handicapés recensés comme en situation de handicap à un moment de leur cursus peuvent ne plus l'être par la suite. En effet, la situation de handicap résultant de l'interaction de l'étudiant avec son environnement, l'évolution tant du handicap de l'étudiant que des caractéristiques de la formation suivie durant le cursus peuvent engendrer des besoins de compensations différents. Ainsi observe-t-on que :

- certaines demandes d'aides sollicitées lors de la première année de formation effectuée dans l'enseignement supérieur ne sont pas renouvelées l'année suivante, le contexte ayant évolué ou les étudiants ayant élaboré des stratégies efficaces qui leur permettent de s'en passer ;

- parvenus au niveau du Master ou du Doctorat, les modalités de fréquentation de l'université (près de 90% des étudiants handicapés fréquentent une université) changent : le travail personnel devient prépondérant et, par suite, les demandes d'accompagnement se font plus rares.

A l'inverse, un étudiant handicapé peut ne pas avoir besoin de mesures de compensations au début de son cursus universitaire mais se trouver par la suite en situation de handicap, durant les périodes de stages par exemple.

	Etudiants handicapés.	Population générale
Littérature Langues sciences Humaines	31,31%	32,07%
droit, sciences. économiques, gestion	23,28%	28,32%
Sciences	17,55%	13,49%
Santé	9,62%	14,88%
STAPS ²⁶	2,45%	2,68%
IUT	10,54%	8,54%

Comparaison des taux de répartition : étudiants handicapés et population globale- source MESR

En fonction de la nature de leur handicap, les étudiants handicapés sont inégalement présents dans les différentes filières de formation :

- les étudiants handicapés présentant des troubles auditifs sont surreprésentés en STS²⁷.

- les étudiants handicapés présentant des troubles visuels sont sous-représentés en IUT et dans les formations scientifiques.

²⁶ sciences et techniques des activités sportives

²⁷ section de technicien supérieur (lycée), préparation au BTS

- les étudiants handicapés présentant des troubles psychiques sont surreprésentés dans les formations scientifiques et sous-représentés en STS et en IUT.

- les étudiants handicapés présentant des troubles du langage et de la parole sont surreprésentés en IUT et dans les formations de santé.

- les étudiants handicapés présentant des troubles moteurs sont surreprésentés en STS et en STAPS. Toutefois, en STAPS, 37% des troubles sont temporaires (dont 85% de troubles moteurs).

- les étudiants handicapés présentant des troubles viscéraux²⁸ sont surreprésentés dans les formations de santé.

- les étudiants handicapés présentant plusieurs troubles associés sont surreprésentés en Lettres, langues et sciences humaines et sociales (LLSHS) et sous-représentés dans les formations de santé.

5.2 L'accès aux formations initiales en lien avec les métiers de la branche

Les formations aux métiers du soin et ses métiers connexes de relation à la personne sont très marquées par un historique "fonction publique/formation initiale". Ce constat marque fortement les représentations sur le métier et renforce les représentations négatives sur le handicap au travail comme un exercice impensable pour une personne handicapée, apparentée au soigné lui-même.

Les organismes de formation sont principalement issus du secteur public, "*les privés passent derrière*" mais les employeurs privés ne sont pas toujours activement présents au sein des écoles lorsqu'ils y sont invités.

La sélection médicale à l'entrée en formation est héritée de la visite médicale d'aptitude relevant de la médecine agréée dans une logique de conformité et les médecins ont sur la question du handicap et de la comptabilité à la tenue d'un emploi, des positions encore marquées des représentations sociales généralement partagées et très administratives (la visite médicale relève souvent du parcours du combattant : protocole d'examen, paiement, remboursement sécurité sociale ou non, délai de péremption des tests, recours au médecin traitant...)

Ces considérations administratives et médicales compliquées et non stables dans les pratiques peuvent réactiver des processus de renvoi au seul handicap (problème de santé) et constituent naturellement des freins à l'accès aux formations pour les personnes handicapées.

Pour les autres métiers hors soin, (moins de 15% des emplois) les deux secteurs de l'hospitalisation privée ne présentent pas de caractéristiques particulières par rapport à l'ensemble des secteurs professionnels. Soit les personnes passent par les formations initiales traditionnelles (pour les ouvriers, employés ou les cadres), soit par les formations pour demandeurs d'emploi ou en cours d'emploi financées par Pôle emploi ou les Régions. Il existe quelques expériences de

²⁸ Les déficiences générales et viscérales font références à toutes les maladies atteignant le cœur, les reins, les poumons, le système digestif... Ces problèmes survenant après des maladies graves comme les cancers, la mucoviscidose mais aussi les insuffisances cardiaques ;

formation spécifiques pour travailleurs handicapés mais l'Agefiph privilégie de fait ses financements pour des formations de reclassement dans des organismes de droit commun.

Les initiatives en matière de contrat d'apprentissage

"Sur la question du handicap, nous avons surtout des demandes de financements de mise aux normes d'accessibilité"

"nos lycées forment aussi des aide-soignant mais les CFA " sans murs" ne forment que quelques unités par an en apprentissage"

"les contraintes du référentiel et le mode de sélection par concours sont contre-productif pour toute gestion d'une alternance"

"le CFA inter établissements (gestionnaire des UFA sanitaire et social) ne sert que de boîte administrative, il faudrait lui confier une mission de développement en travaillant avec la branche"

conclusion de l'entretien conduit avec le responsable de la formation d'une Région concernant les établissements de formations sanitaires et sociales

Traditionnellement le contrat d'apprentissage est attaché à une image encore très présente du "jeune de 18 à 25 ans" qui se forme à un métier manuel même si aujourd'hui les Centres de formation d'apprentis dispensent des formations diplômantes de niveau supérieur au baccalauréat pour 1/3 des apprentis environ. Une "action positive" a été instaurée permettant de lever la limite d'âge pour les travailleurs handicapés (pas de limite d'âge) mais les conditions de rémunération et les pratiques rendent difficile la formation par la voie de l'apprentissage à des adultes qui ont déjà une expérience professionnelle et qui ne peuvent plus exercer leur métier en raison d'une altération de leur santé (80% des demandeurs d'emploi reconnus Travailleurs Handicapés).

S'ajoute à cela, une logique budgétaire attachée au poste/ statut de l'occupant (en terme de statut professionnel de celui/celle qui l'occupe), en effet l'emploi d'aide-soignant ne peut-être occupé que par un infirmier ayant validé la première année ou un aide-soignant dûment formé.

Ces différents préalables conduisent les représentants du secteur que nous avons interrogés (8 représentants en Région) à prendre des initiatives dans un contexte qui se révèle assez délicat et très vite complexe :

- la Région est le financeur premier de l'apprentissage, cependant les règles encore nouvelles de responsabilités qui lui sont confiées sur les formations sanitaires et sociales rattachent la problématique "développement de l'apprentissage" (et y compris des travailleurs handicapés) du secteur soit à la Direction de l'apprentissage ou de la formation (initiale ou continue) soit à une direction de l'intervention sociale et sanitaire ou une direction des territoires,

- très peu de travailleurs handicapés sont concernés par les initiatives qui existent. Dans la plupart des cas, les établissements d'enseignement traditionnels (type IFSI...) qui ont créé des Unités de Formation par l'Apprentissage (UFA)²⁹, sont plus enclins à travailler avec des établissements du secteur non-lucratif et du secteur public.

" les 2 cas de TH que je connais, ont été des apprentis exceptionnels "
"il y a une méconnaissance du dispositif, on veut pas s'embêter avec un truc nouveau, ça doit être moins vrai dans l'associatif, ça correspond à leurs valeurs, pour les autres l'intérêt financier prime"
"il y a un gros travail d'information, des choses à faire avec nos branches"
"beaucoup d'écoles sont très frileuses sur le sujet, je sais pas trop comment m'y prendre il faudrait qu'on soit accompagné et coté employeur il y a beaucoup de travail"
"apprentissage et métier de soignant il y a vraiment des freins"
"c'est surtout au sein des équipes soignantes : mais on va pas avoir le temps de s'en occuper, ça va nous demander encore plus de temps, on est vraiment démuni "
" les personnes n'imaginent pas les capacités d'adaptation des travailleurs handicapés et les possibilités d'aménagement "
"je suis un peu atterré par des équipes soignantes qui refusent : une ignorance qui n'est pas normale, il y a des peurs, ils ont l'image du handicap très lourd, on peut faire la comparaison avec gérer la douleur il y a quelques années lorsque on a introduit les traitements anti douleurs, il a fallu un moment pour que ça entre dans les mœurs "
"si on s'y attaque vraiment, si la FHP met des actions en place, je connais des directeurs d'établissements qui sont partant"

extraits d'entretiens avec des représentants de la branche chargés du développement de la formation et de l'apprentissage

5.3 L'offre de formation de rééducation en lien avec les métiers de la branche

Les organismes de formation sous financements sécurité sociale que sont les CRP³⁰ offrent une opportunité de formation dans la filière soins comme dans les autres filières. Le nombre de places est limité au niveau national. Les personnes formées le sont dans le cadre de reconversion professionnelle suite à une inaptitude au métier précédemment exercé.

²⁹ rattachées à un CFA "sans murs",

³⁰ Les Centres de Rééducation Professionnelle (CRP) sont des établissements médico-sociaux gérés par des organismes publics ou privés. Les frais de formation sont pris en charge par l'assurance maladie. Ils proposent des stages de rééducation professionnelle permettant aux personnes handicapées de suivre une formation qualifiante avec la possibilité d'être rémunéré. L'objectif des formations est d'entraîner ou de ré-entraîner la personne au travail, en vue d'une insertion ou d'une réinsertion professionnelle. Les durées des actions de formation varient en général de 10 à 30 mois.

Intitulé de la formation	Date d'ouverture	durée	nombre de places	nom du centre	localisation
Aide-soignant(e) (DPAS)	09/2010	10 mois	25	CENTRE « LES ESCALDES »	Languedoc Roussillon
Aide-soignant(e) (DPAS)	09/2012	6 mois	6	« MANGINI »	Rhône-Alpes
Aide-soignant(e) (DPAS)	01/2014	14 mois	nc	CRM de MULHOUSE	Alsace
Aide-soignant(e) (DPAS)	09/2014	14 mois	8	CHANTOISEAU	PACA
Aide-soignant(e) (DPAS)	09/2014	nc	5	« MANGINI »	Rhône-Alpes
Auxiliaire de puériculture	09/2014	10 mois	8	CHANTOISEAU	PACA
Infirmiers (ières) d'état	09/2014	36 mois	17	CRIP	Languedoc Roussillon

source FAGERH- traitement JJK and CO

Le CRIP (UGECAM) est le seul organisme (CRP) accueillant uniquement des personnes orientées par la MDPH vers cette formation d'infirmiers(ères) sous financement sécurité sociale. Cet organisme est également UFA du CFA de la branche mais n'a accueilli à ce jour qu'un seul contrat d'apprentissage (infirmier).

Le Centre Les Escaldes forme des aides soignants dans les mêmes conditions, l'équipe est ouverte au développement de l'apprentissage mais les candidats ne sont pas nombreux et les employeurs sont considérés "*assez ouverts*" mais "*ne savent pas forcément faire*". Les résistances sont encore fortes et les mentalités doivent évoluer : "*on est là pour soigner donc on n'est pas malade*".

5.4 Deux initiatives à l'échelle d'une région : le dispositif H+ du Conseil régional Rhône Alpes³¹, la formation d'ASH/brancardier en contrat de professionnalisation

1- La région Rhône Alpes et l'Agefiph ont signé une convention de collaboration sur les thèmes de la formation et de l'apprentissage qui repose entre autres sur une démarche de labellisation "handicap" des organismes de formation et des

³¹ d'autres régions peuvent présenter des dispositifs poursuivant les mêmes objectifs (Languedoc Roussillon, Nord...) mais avec des applications de moindre envergure. En effet, ce territoire présente sur notre question quelques caractéristiques qui perdurent depuis au moins 15 ans

CFA adossée à une approche de type schéma régional de la formation des travailleurs handicapés (Formation continue et apprentissage). Le dispositif H+. piloté par la Région organise la complémentarité des politiques de l'Etat, du Conseil régional, de la Carsat et de l'Agefiph en faveur de l'insertion et du maintien en emploi de travailleurs handicapés. Il associe les partenaires sociaux, soutient les initiatives des employeurs (clubs handicap organisés par le Medef, sensibilisation, accompagnement) et des représentants de salariés (site internet d'information CGT, formation des militants CFDT...). Le Représentant de la branche et du CFA "sans murs" (IFIR démarche H+ aujourd'hui) est investi dans ces programmes.

Dans le cadre de son plan régional en faveur de l'égalité entre les personnes handicapées et les personnes valides, voté en Juillet 2007 et précisé en septembre 2008, l'accès des personnes handicapées à l'offre de formation constitue un enjeu majeur pour la Région Rhône Alpes.

C'est pourquoi la Région Rhône-Alpes instaure un processus de développement qualitatif de l'accueil en formation des personnes en situation de handicap, qu'elle a annoncé en septembre 2009, lors de réunions d'information avec les organismes de formation.

Cette démarche qualitative a comme objectifs de :

- Constituer le socle sur lequel les organismes de formation en lien avec les structures de l'accueil, de l'information, de l'orientation pourront s'appuyer pour intégrer au mieux les personnes en situation de handicap dans les parcours formatifs.
- Concrétiser, pour les organismes de formation, un acte d'engagement particulièrement fort en réponse à la loi et aux engagements de la Région en matière d'accueil et de parcours des personnes en situation de handicap.
- Permettre aux organismes de formation, au terme d'un processus de professionnalisation accrue en matière d'accueil des personnes en situation de handicap, de se faire repérer par les commanditaires et les prescripteurs comme inscrits dans la démarche
- Inscire durablement la prise en compte du handicap dans les centres de formation.

L'accès au processus se fera sur la base d'un autodiagnostic, d'une proposition d'actions de maintien ou de développement qualitatif de l'accueil des personnes en situation de handicap.

Pour accompagner le dispositif, un guide méthodologique de mise en œuvre de cette démarche, accompagné d'outils opérationnels sera réalisé et une structure d'appui conseil. (Centre de Ressources, de Développement et d'Informations Rhône Alpes) sera mise en place.

Dans ce cadre une vingtaine de centres de formation du domaine sanitaire et social sont labellisés H+, ils accueillent en formation des demandeurs d'emploi ou des alternants reconnus handicapés dans différents métiers. Le CFA hors les murs de l'IFIR lui-même labellisé H+ joue un rôle d'entraînement et a mobilisé plusieurs IFSI et l'école Rockefeller de Lyon.

2-Depuis de nombreuses années, le MEDEF Rhône Alpes a structuré une mission relayée dans les départements et financée par l'Agefiph afin de sensibiliser et de mobiliser les entreprises pour l'emploi de travailleurs handicapés. Cette mission

a formé des référents handicap dans le secteur de l'hospitalisation privée et a lancé un projet de formation de brancardier en contrat de professionnalisation en mobilisant les acteurs concernés. Depuis 2 ans le projet a été élargi au secrétariat médical.

Présentation du projet collectif de formation brancardiers (actualités 2012)

Une action collective menée **depuis 5 ans** avec de nombreux partenaires :

Avec les branches professionnelles : FHP (Fédération Hospitalière Privée)
UNIFED (Union des Fédérations et Syndicats Nationaux d'Employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire et social)

Avec les financeurs : AGEFIPH, OETH, OPCA PL (FORMAHP),
UNIFAF, UNIFORMATION

Avec les partenaires opérationnels : OPCALIA, POLE EMPLOI, CAP EMPLOI,
MISSIONS LOCALES, URAPEDA,...

Conditions d'admission à la formation :

Etre âgé de 18 ans. Aucune condition de diplôme n'est requise pour se présenter aux épreuves de positionnement.

Justifier d'une non contre-indication physique ou psychique à la fonction de brancardier (certificat médical à produire)

Test écrit de culture générale
Entretien de motivation

La formation d'une durée de 1 757 heures est organisée en alternance, elle comprend 315 heures d'enseignement théorique et pratique réparties en 4 modules soit une semaine de cours par mois et 1 442 heures de stage chez l'employeur.

Module 1 : Manutention et Ergonomie
(63 heures)

Module 2 : Hygiène hospitalière et prévention des maladies nosocomiales
(42 heures)

Module 3 : Relation et communication (56 heures)

Module 4 : Connaissance des personnes soignées et de leur environnement
(140 heures)

Validation : 14 h 00

21 entreprises ont été impliquées dans le projet, depuis son démarrage en 2008. Les résultats de l'action sont les suivants : 30 personnes formées sur les 3 premières sessions de brancardiers-ash depuis le lancement de l'action (14 brancardiers et 16 ASH), 14 personnes recrutées à l'issue de ces qualifications : 10 CDI et 4 CDD (2 de 3 mois, 6 mois, 1 an).

C'est arrivé alors que j'étais tout jeune, j'avais 13 ans. J'ai eu une maladie qui m'a abîmé les yeux. J'ai perdu la vision centrale, celle qui permet de lire ou de reconnaître un visage, et il ne me reste plus que la vision périphérique, celle que l'on mobilise pour se déplacer par exemple.

A 13 ans, je suis donc parti dans un établissement spécialisé, notamment parce que je ne pouvais plus lire comme les autres. J'ai dû apprendre le braille. C'est assez classique pour les personnes ayant un handicap : elles ont des apprentissages à mobiliser en plus que les autres. Moi j'étais tout jeune, j'avais tout à coup perdu une bonne partie de ma vision, et je devais de surcroît quitter mes parents pour apprendre un nouvel alphabet. J'étais en 4^{ème}. Je me suis accroché, j'étais très motivé et surtout je voulais absolument m'en sortir. Je crois que ça a été déterminant, et puis j'étais jeune. L'adaptation a été rapide.

Dans l'établissement spécialisé j'ai donc appris le braille et j'ai eu accès à des outils informatiques ; il y avait des écrans avec grossissement. C'était il y a une vingtaine d'années, je crois que c'était le début de la vulgarisation de ces équipements. Avec le grossissement, je pouvais tout de même continuer à lire un peu à partir de la vue. Ce n'était pas adapté tout le temps mais j'avais là un outil supplémentaire. J'ai effectué ma 4^{ème}, puis ma 3^{ème}, ensuite j'ai retrouvé un établissement ordinaire pour mes années de lycée. Je prenais mes cours en braille, je pouvais percevoir tout ce qui était transmis à l'oral. Certains professeurs étaient très disponibles, d'autres moins ; moi j'étais déjà habitué à m'adapter à eux. Le parcours a été chaotique mais j'ai obtenu mon baccalauréat et j'ai réfléchi à mon orientation, comme les autres finalement. C'était difficile d'envisager un emploi adapté, et qui me plaise. J'aurais voulu faire un BTS Tourisme mais je n'ai pas trouvé d'établissement qui voulait m'accepter. En général, les établissements ne voulaient pas prendre le risque, même s'ils ne le disaient pas comme ça.

Je suis parti à l'université. Mais je n'étais pas motivé, c'était une orientation par défaut, j'ai rapidement abandonné. Je me suis alors tourné vers la MDPH, à l'époque c'était la COTOREP, et là on m'a conseillé de devenir kinésithérapeute. Moi, je n'y ai pas cru. Je suis tout de même parti en Centre de Reclassement Professionnel, le centre de formation spécialisé que m'avait indiqué la COTOREP. J'ai dû apprendre à me servir d'une plage tactile, c'était un peu compliqué et je n'étais pas motivé, encore. J'ai échoué en 1^{ère} année, j'ai tout abandonné. J'ai eu quelques mois sans rien, à beaucoup douter, et puis je me suis présenté à un Diplôme Universitaire *Pratique de Soins en Hydrothérapie*. En un an j'avais appris ce métier, je pouvais proposer quelque chose à un employeur.

J'ai commencé à travailler dans des stations thermales, il s'agissait toujours d'emplois saisonniers. C'était très précaire et trop insécurisant. Petit à petit j'ai repensé au métier de kinésithérapeute, j'y ai vu comme une solution pour stabiliser ma situation et pour effectuer un travail plus intéressant. Je suis reparti en formation, de mon propre chef cette fois, et dans un établissement ordinaire qui a accepté de me prendre. Je me suis accroché et c'est passé, j'ai obtenu le diplôme de kinésithérapeute à 29 ans. Immédiatement on m'a proposé des remplacements dans différents établissements. J'étais mobile, je suis allé dans les Alpes, dans les Pyrénées, je n'ai pas hésité. Et puis très rapidement on m'a proposé un Contrat à Durée Indéterminée dans un centre de cure thermale, au service de pneumologie.

Ce métier est finalement bien adapté. Lors de mon premier cursus de formation, j'avais eu peur du toucher mais ensuite je m'y suis fait et maintenant c'est lui qui remplace mes yeux.

Les patients se rendent compte de mon handicap. Comme je suis très tranquille et que j'ai de la répartie, en général il n'y a pas de problème. C'est comme avec les employeurs : ils sont toujours un peu surpris au début, mais je crois avoir maintenant démontré que des choses sont possibles. A terme, même si ma situation actuelle est bien adaptée, j'envisage de travailler en libéral, dans un cabinet collectif. Là j'aurai plus de marges pour m'organiser, y compris au niveau des horaires. Ici je suis tributaire des transports en commun et c'est à ce jour la principale contrainte à laquelle je suis confronté : je perds trop de temps chaque jour. Avec le bus j'arrive trop tôt, et je dois l'attendre une heure le soir. Habiter juste à côté, ce serait possible, mais c'est loin de tout... J'envisage de m'organiser autrement, de changer. Je dois toujours m'adapter.

J'exerce le métier de kinésithérapeute depuis 2011 dans un établissement de rééducation fonctionnelle. Les patients sont reçus là pour des séjours de 1 à 3 mois en général. L'équipe les accompagne après la mise en place d'une prothèse par exemple, ou bien à la suite d'un polytraumatisme. Ils sont en général très dépendants au début et puis de plus en plus autonomes ensuite, c'est en tout cas notre objectif. En ce qui me concerne, c'est mon premier poste de kinésithérapeute.

Avant, j'ai eu comme une autre vie. J'ai été chauffeur routier pendant 6 ans environ. Certainement que je le serais resté si je n'avais pas eu un accident vasculaire cérébral. Je me suis retrouvé hémiparétique latéral et évidemment le permis m'a été retiré. J'ai dû tout recommencer. Lorsque j'avais 20 ans un entrepreneur m'avait proposé de me payer le permis et de m'embaucher comme chauffeur. J'avais accepté rapidement parce que je ne savais pas trop quoi faire d'autre, je n'avais pas de projet précis. J'ai pris cette perche qui m'était tendue, c'était une opportunité comme une autre. Après 6 ou 7 ans dans le métier, ce fût l'accident. Je me suis retrouvé en arrêt de travail et il a bien fallu que je trouve une solution pour m'en sortir. J'ai tout fait, tout seul. Je n'ai pas su me servir des services de la MDPH ou bien j'ai été maladroit, ou bien encore je ne correspondais pas aux attendus. Pour devenir kinésithérapeute et bénéficier d'une formation en Centre de Reclassement Professionnel, il vaut mieux être mal voyant que hémiparétique. C'est ce que j'ai compris en tout cas. Pour moi c'était une impasse, j'ai choisi de m'organiser seul, avec le soutien de mes parents à l'époque. Pendant l'arrêt de travail, j'ai passé l'équivalent du baccalauréat, le Diplôme d'Accès aux Etudes Universitaires, puis j'ai effectué une première année de médecine et j'ai continué en école de kinésithérapie. Le parcours total a duré 5 ans. Pendant les 3 premières années j'ai été en arrêt de travail, avec la bienveillance de mon employeur qui a accepté de ne pas me licencier. Ensuite ce n'était plus possible, j'ai été licencié alors j'ai opté pour le statut d'étudiant. C'est là que le soutien de mes parents a été déterminant, sans eux je n'aurais pas eu les moyens de financer les 2 années qui me manquaient. Je bénéficie d'une pension d'invalidité mais ce n'est pas suffisant. J'ai l'impression que dans ma situation le système n'a pas fonctionné, ou bien très mal.

Comme si je n'avais pas le bon handicap. Heureusement aussi, ma femme m'a beaucoup soutenu dans cette période et la vie de famille en général m'a beaucoup équilibré. Pour la formation, j'étais dans une école ordinaire mais je bénéficiais d'un 1/3 temps parce que je suis plus lent. J'ai récupéré la mobilité de mon membre supérieur mais j'ai tout de même des difficultés par rapport à un valide. Je me suis accroché et la formation s'est bien passée. Au cours de mon dernier stage, l'employeur a proposé de m'embaucher à la condition que j'aie mon diplôme. De fait, j'ai obtenu le diplôme, et il a tenu parole en me proposant un Contrat à Durée Indéterminée. Le stage avait en fait permis de valider ma capacité à tenir le poste et je crois que j'intéressais réellement cet employeur.

C'est vrai que vis à vis des patients je crée toujours un peu la surprise au début. En général ils sont très intéressés, ou bien impressionnés, quelquefois surpris. Ils m'interrogent souvent sur mon parcours. J'ai compris maintenant que pour beaucoup d'entre-eux je suis quelqu'un qui représente une sorte d'exemple. Ils disent que je les comprends mieux, et c'est certainement un peu vrai. Avec cette reconversion professionnelle, j'ai réussi à retrouver une place tout à fait satisfaisante pour moi. Seulement je sais que cela devra évoluer parce que je suis très fatigable, plus que les autres. Lorsque j'ai terminé ma journée par exemple, je rentre chez moi et je suis épuisé ; je ne pourrais pas enchaîner sur une activité de loisirs par exemple, comme le font certains collègues. Je dois me ménager, plus que la moyenne. En prenant de l'âge, je pense que cette fatigue pourra s'amplifier et que je devrai composer avec elle de manière peut-être plus stricte encore. J'ai encore un peu de temps, mais je pense déjà à des pistes. Si

besoin, je pourrais demander à réduire mon temps de travail. Je pourrais aussi essayer de devenir cadre pour avoir un peu moins de travail de terrain et plus d'administratif. Ce serait l'idéal pour moi parce que je pourrai concilier l'adaptation des conditions de travail à une promotion professionnelle. Il faudrait qu'un poste se libère, que mon profil intéresse la DRH, tout ne dépend pas de moi. D'expérience, je sais cependant qu'il faudra que je sois force de proposition.

6- PRECONISATIONS

6.1 Les éléments saillants de l'état des lieux

1- D'un point de vue général, que ce soit au niveau de la branche ou de chacun des secteurs, force est de constater qu'il n'existe pas de démarche pro-active sur la question de l'emploi des travailleurs handicapés :

- les pratiques positives des groupes sont peu connues,
- les bonnes pratiques n'ont pas fait l'objet de capitalisation, et à fortiori de valorisation et de diffusion auprès des adhérents, alors qu'il existe des groupes et des établissements engagés dans des démarches structurées. A ce titre, en prenant appui sur les réponses au questionnaire, et en sélectionnant quatre critères pouvant être retenus comme significatifs d'une démarche engagée, nous avons pu identifier 30 établissements individuels (15 dans chaque secteur). De la même manière, en dehors des groupes, quelques établissements ont des pratiques continues en matière de signature de contrats de professionnalisation.

2- Il existe des écarts significatifs entre les régions, en matière de taux légal : 12 régions sont à plus de 5%, 9 entre 4% et 5%, une en dessous de 4%. Trois constats méritent une attention particulière

- **Le taux d'emploi direct est fortement conditionné par les actions de maintien dans l'emploi** : 91% des répondants individuels déclarent ne pas participer à des actions en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés. 52 % déclarent avoir engagé des démarches pour embaucher des personnes en situation de handicap, 33% ont embauché de 1 à 4 travailleurs handicapés (61 personnes), huit d'entre eux réalisant 41 % de ces embauches. 74 % ont mené des actions de maintien dans l'emploi, dont 87 % avec aménagement du poste de travail.
- **Le taux d'emploi indirect est globalement faible**, malgré une bonne connaissance des acteurs pouvant être mobilisés,
- La répartition à parts égales de la population des salariés handicapés sur deux tranches d'âge 25/50 ans et + de 50 ans implique de différencier les modes d'accompagnement et d'anticiper de façon continue l'évolution de leur situation au sein des établissements.

3- Il existe une contradiction entre la représentation d'une spécificité des activités des établissements de la branche comme l'un des obstacles majeur à l'emploi de travailleurs handicapés et les pratiques observables dans les établissements:: 81% des travailleurs handicapés présents dans les établissements occupent des emplois d'infirmier (13%), AS (27%), ASH (41%) . En matière de recrutement de travailleurs handicapés, les emplois proposés

appartiennent à la la filière soins dans 43 % des cas, et à celle de la filière administrative pour 38% d'entre eux.

4- Il n'existe pas de démarche proactive entre établissements et centres de formation autour de la question des travailleurs handicapés à l'exception de quelques groupes, chacun des acteurs faisant référence à la complexité de mettre en place des actions du fait de blocages administratifs et de représentations persistantes dans le secteur..

6.2 Axes de travail

Il convient de rappeler que la question du handicap dans la société relève d'une méconnaissance et génère des peurs inconsidérées. Le handicap malgré les évolutions et l'information développées depuis 30 ans reste un tabou difficile à lever. En matière d'emploi et donc de formation, les visions négatives et dramatiques sont les plus nombreuses, l'information, le changement des représentations et du regard des autres sur le handicap doit évoluer pour ne pas se priver d'un potentiel de compétences utile aux entreprises et à la société.

Quelques chiffres clés en France (source Agefiph):

- 80% des personnes handicapées (apte à un emploi) travaillent.
- 80% des travailleurs handicapés travaillent sans aménagement.
- 97% des employeurs ayant embauché un travailleur handicapé sont satisfaits.

Au regard des constats effectués et en tenant compte des spécificités régionales dans la mise en oeuvre des actions, quatre axes de travail semblent pouvoir être retenus pour développer l'emploi des personnes en situation de handicap dans la branche

1- Mener une action spécifique autour des métiers d'ASH, AS et infirmier, en prenant appui sur les pratiques de maintien dans l'emploi des salariés de ces trois catégories pour identifier les conditions favorables à l'accès à ces emplois. Une attention particulière devrait être apportée aux expériences conduites par des établissements ayant eu recours aux contrats en alternance. A partir de la définition d'un cadre de référence pour développer des actions de formation, un dispositif associant établissements des deux secteurs et organismes de formation pourrait être engagé à titre expérimental en partenariat avec les régions.

2- Développer l'emploi indirect, en menant une action d'information et de sensibilisation des établissements de la branche, sur les services proposés par les entreprises du secteur protégé (ESAT, entreprises adaptées), en valorisant les expériences significatives existantes dans chacun des secteurs.

3- Donner de la visibilité à l'action des groupes pour capitaliser et diffuser l'expérience. A travers cet axe, il s'agit avant tout d'agir sur les représentations concernant la compatibilité du handicap avec les métiers et leur condition d'exercice dans les établissements de la branche, en portant l'accent sur des témoignages d'acteurs impliqués dans la mise en oeuvre de politique, de salariés en situation de handicap et de salariés de services concernés par des actions d'intégration ou de maintien dans l'emploi.

4- Engager une démarche de suivi et d'analyse approfondie de l'emploi des travailleurs handicapés dans la branche. A travers cet axe, et sur la base d'une contractualisation avec l'AGEFIPH pour la transmission des données DOETH, il s'agit de permettre à l'ensemble des acteurs de la branche de disposer, à travers une série d'indicateurs, des éléments leur permettant d'orienter des politiques territorialisées, adaptées à chacun des secteurs.

6.3 Proposition d'actions

Les actions qui sont proposées dans ce qui suit, sont articulées. Elles relèvent d'une démarche, qui pour être efficace et efficiente, aurait vocation à s'inscrire dans un plan d'action piloté par la branche, et dont l'une des conditions de réussite passe par la mise en place d'un pilotage et d'une animation, dont les modalités restent à définir. Par ailleurs, il convient de souligner, que dans l'hypothèse où un tel plan était adopté par la branche, il pourrait faire l'objet d'une convention avec l'Agefiph, pour son développement auprès des établissements n'ayant pas signé d'accord.³²

³² si une convention était signée avec l'Agefiph, les établissements ayant signé un accord seraient appelés à contribuer directement à la mise en oeuvre des actions retenues, pour pouvoir en bénéficier

FICHE ACTION N°1

Intitulé de l'action	Valoriser les actions des établissements en matière de maintien dans l'emploi et de recrutement de personnes en situation de handicap sur les emplois d'ASH, infirmier et AS
Objectifs visés	Modifier les représentations des établissements sur les spécificités des activités des établissements de la branche comme obstacle majeur à l'emploi de travailleurs handicapés
Nature de l'action	Capitalisation des pratiques Partage d'expérience Sensibilisation de la ligne hiérarchique Sensibilisation des équipes
Modalités	<p>1- Recenser les réalisations des établissements et des groupes (maintien dans l'emploi et recrutement) à partir d'une grille de recueil décrivant les publics concernés, les situations traitées, la mobilisation des acteurs (interne et externe), les réussites, les échecs, les questions soulevées</p> <p>2- Formaliser un document de recueil d'expérience (l'approche à privilégier est celle du témoignage)</p> <p>3- Organiser, au niveau régional des journées de partage d'expérience et d'analyse des pratiques</p>

FICHE ACTION N°2

Intitulé de l'action	Développer une politique de recrutement et de formation par alternance des personnes en situation de handicap
Objectifs visés	<p>Améliorer le taux d'emploi direct</p> <p>Développer le partenariat avec les organismes de formation</p> <p>Développer le recours à l'alternance dans les établissements</p> <p>Développer le tutorat</p>
Nature de l'action	Expérimentation
Modalités	<p>1- Editer une plaquette d'information sur les différentes possibilités d'accueil de personnes en situation de handicap,, engagées dans un parcours de formation (formation initiale, alternance, adultes en reconversion)</p> <p>2- Mettre en place une expérimentation de développement de l'alternance dans quatre régions -Ile de France, Nord Pas de Calais, Rhône Alpes, Languedoc Roussillon - sur les trois métiers ASH, Infirmier, AS</p> <p>3- A l'issue des expérimentations, rédiger un guide méthodologique à l'usage des décideurs</p>

FICHE ACTION N°3

Intitulé de l'action	Développer une politique de recrutement et de formation par alternance des personnes en situation de handicap
Objectifs visés	Améliorer le taux d'emploi indirect Développer le partenariat avec les ESAT et les entreprises adaptées
Nature de l'action	Communication Expérimentation
Modalités	1- Réaliser un état des lieux des activités sous traitées et sous traitables par les établissements 2- Rédiger un guide pratique sur les différentes possibilités de recours au travail protégé: prestations en nature, prestations de service, mise à disposition 3- Réaliser une étude d'opportunité sur la création d'entreprises adaptées pour les trois métiers ASH, Infirmier, AS

FICHE ACTION N°4

Intitulé de l'action	Améliorer la connaissance des pratiques des établissements
Objectifs visés	Identifier les actions pertinentes contribuant au développement de l'emploi des travailleurs handicapés dans la branche Valoriser les actions réalisées par les établissements de la branche
Nature de l'action	Pilotage Communication
Modalités	<ol style="list-style-type: none">1- Etablir une convention de partenariat avec l'AGEFIPH pour la transmission des données DOETH2- Formaliser un processus de recueil des données DOETH avec les groupes ayant signé des accords3- Mettre en place des tableaux de bord régionaux4- Produire une newsletter annuelle qualitative et quantitative sur les pratiques des établissements de la branche

Je travaille dans cette clinique depuis 1979, et au début j'étais technicien biomédical. C'est à dire que j'étais affecté à la maintenance du matériel médical, sur le plan mécanique, pneumatique, hydraulique ou électrique. J'étais très polyvalent et cela me plaisait beaucoup. Un matin de 1985, je suis arrivé au travail, j'étais en pleine forme, vraiment. Mon fils venait de naître, il devait avoir environ 6 mois, j'étais bien dans ma vie et dans mon travail. Mais ce jour-là, j'ai reçu de l'acide dans les yeux au cours d'une manipulation. Je ne voyais plus rien, j'ai cru d'ailleurs que je ne reverrais plus mon fils. Oui, j'ai pensé immédiatement à lui, et à ma compagne. J'ai été hospitalisée et j'ai subi une opération avec une greffe de cornée. L'équipe chirurgicale a pu sauver un de mes yeux mais j'ai perdu complètement la vision sur l'autre œil, le droit.

Au sortir de l'intervention, j'étais complètement déprimé, un peu assommé également. L'arrêt de travail a duré 80 jours puis j'ai repris mon poste mais c'était difficile. Avec un seul œil, la perception du relief devient beaucoup plus complexe, voire impossible. Mon cerveau a appris à le reconstruire parce que je sais qu'il y a du relief, mais je n'en ai plus une perception sensible. C'est très particulier comme handicap. Cela n'affecte pas directement la mobilité par exemple, mais il y a une multitude d'incidences qui compliquent tout de même beaucoup le rapport à l'environnement. Sur mon poste de technicien biomédical, j'ai été très vite en difficulté ; par exemple je n'arrivais plus à emboîter deux tubes l'un dans l'autre, ma vision latérale était devenue trop mal ajustée. J'ai dû apprendre à travailler sur un plan vertical, ce qui ne mobilise qu'un œil, mais je perdais du temps et puis j'étais déprimé et ça n'était plus la même chose. Par ailleurs j'étais devenu trop sensible aux éclairages, et je ne pouvais plus intervenir dans certaines des situations qui étaient requises par la fonction. Le chef de service s'en est aperçu, il a été d'un vrai soutien et m'a proposé de réfléchir à des solutions de réorientation.

Il s'est trouvé qu'à cette époque le contexte législatif et réglementaire a beaucoup évolué. L'hôpital avait besoin d'une personne en charge de la réglementation et du suivi de la mise en conformité des équipements, des locaux : un chargé de sécurité. C'était un poste beaucoup plus administratif que le précédent, avec tout de même une dimension technique que je pouvais assumer. J'ai été repositionné sur ce poste, et j'y suis resté jusqu'à aujourd'hui. Depuis le début cela s'est bien déroulé, j'ai eu la confiance de mes supérieurs et le soutien de mes collègues qui ont bien compris la situation. Le fait que j'aie été victime d'un accident du travail a considérablement favorisé l'empathie autour de moi. Maintenant que j'ai 59 ans, j'espère que je pourrai occuper ce poste jusqu'à la retraite, c'est à dire dans 2 ou 3 ans.

Depuis que j'occupe la fonction de chargé de sécurité, le métier a tout de même beaucoup évolué et je suis sans cesse dans une démarche d'adaptation et de veille réglementaire. Pour moi c'est important, je ne m'ennuie pas et le reclassement a réellement permis que je découvre un autre univers, un autre métier. J'effectue des contrôles, ou bien je les fais exécuter par des sociétés externes, je suis en relation avec les organismes de tutelle, je supervise la normalisation des installations électriques et de détection incendie. Je suis en charge également de l'administration générale du système de vidéosurveillance. Par ailleurs, c'est moi qui organise le contrôle d'accès de la clinique, et la radioprotection pour les personnels, y compris les médecins. Ce sont des tâches qui sont très encadrées par des normes et des procédures, mais ma responsabilité est importante. C'est un poste assez spécifique et incontournable. Petit à petit, je suis rentré dans la fonction et je me suis adapté à ma vision particulière. J'ai beaucoup appris du fonctionnement des yeux, j'ai réfléchi à des petits aménagements du quotidien, je sais contourner les difficultés même si elles sont bien réelles. . Aujourd'hui je dirais qu'il n'y a plus de problème ; et je n'aurais pas cru pouvoir dire ça un jour, dans les mois qui ont suivi l'accident.

En soi, c'est déjà une petite victoire. Si le travail est de plus en plus administratif, finalement, pour moi c'est presque mieux parce que je ne suis pas en difficulté devant les documents ou face à un écran d'ordinateur.

Je pense maintenant à passer le relais, je suis souvent en duo avec la personne qui me succèdera dans 2 ou 3 ans. J'ai réussi à mener ma carrière, à évoluer, en composant avec mes limitations.

J'ai été recrutée à la clinique en 2003 et j'y suis restée depuis. Initialement j'étais affectée à la cuisine et j'étais relativement satisfaite. Auparavant j'avais travaillé en usine comme agent de production, puis dans la grande distribution en tant que caissière. J'ai aussi exercé auprès de personnes âgées, à leur domicile ; là c'était très dur physiquement pour les levers et les toilettes, et nerveusement parce que les journées étaient faites d'un enchaînement de petits contrats d'une heure ou deux et qu'il y avait beaucoup de déplacements, c'était toujours la course. Non seulement le salaire était bas, mais en plus il était aléatoire parce qu'il dépendait des personnes, finalement : si l'une était hospitalisée, il n'y avait pas de compensation pour moi. Vraiment c'était trop inconfortable.

A la clinique, je me suis posée. J'ai commencé par un remplacement et puis j'ai été embauchée en Contrat à Durée Indéterminée. Le salaire est devenu régulier, il était correct, et les horaires se sont stabilisés ; tout cela a littéralement changé ma vie et mon rapport au travail. J'ai eu de belles années. Cependant le travail était tout de même difficile physiquement et à partir de 2011 j'ai commencé à avoir des douleurs dans un bras, au niveau du coude. J'ai dû m'arrêter et j'ai subi une opération. Après la rééducation j'ai pu reprendre mon poste, avec la validation du médecin du travail. A partir de ce moment-là j'ai été suivie d'un peu plus près : la DRH et le médecin voulaient s'assurer que la reprise pourrait bien se passer. De fait, j'ai recommencé à travailler normalement mais assez rapidement c'est mon deuxième bras qui a lâché. J'ai dû m'arrêter à nouveau et subir une autre opération. Il faut dire quand même que les ports de charges étaient particulièrement intenses et répétitifs au poste que j'occupais. Après cette deuxième opération, la reprise du travail en cuisine s'est avérée impossible, je ne pouvais plus envisager d'avoir la même résistance. Le médecin du travail et la DRH ont alors étudié les possibilités de reclassement. Ils ont été épaulés par le conseiller du Service d'Appui au Maintien en Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH) que j'ai trouvé particulièrement investi et très disponible. Ils ont identifié un poste particulier d'agent d'entretien, dans le service de dialyse. J'y suis depuis 2011 et c'est vrai que c'est moins dur physiquement qu'à la cuisine, même si évidemment le maniement du balai ou de l'aspirateur n'est pas vraiment l'idéal pour moi. J'essaie de faire attention, d'autant que je commence à ressentir des douleurs dans les genoux et dans le dos également. Je ne voudrais pas devoir m'arrêter à nouveau. J'ai encore vu le médecin du travail récemment qui me signifiait qu'au-delà de ce poste il ne voyait pas vraiment ce qui pourrait m'être proposé. Je n'ai pas de qualification particulière et je constate que ça limite beaucoup mes possibilités de réorientation professionnelle. Compte-tenu de ma situation, je n'ai pas l'envie, ni peut-être l'énergie, pour suivre une formation. Je voudrais que mon corps tienne le plus longtemps possible à ce poste que j'occupe actuellement. Je fais de mon mieux, d'abord en essayant d'adopter des postures ergonomiques comme on a pu me l'indiquer. Je bénéficie par ailleurs d'un temps de travail aménagé. D'abord je ne travaille que 5 heures par jour et la réduction de salaire est compensée par l'octroi d'une pension d'invalidité de 1^{ère} catégorie de la part de CPAM. Ensuite, je suis stabilisée sur un créneau horaire alors que mes collègues opèrent une rotation : une semaine le matin, une semaine l'après-midi ou même le soir. Pour permettre ce fonctionnement, la DRH m'a en fait affectée à un poste réservé aux séniors, c'est à dire aux collègues de plus de 55 ans. Pour moi c'est tout à fait adapté dans la mesure où cela contribue à équilibrer mes journées et mes semaines ; la régularité m'est très importante afin que je n'accumule pas trop de fatigue physique et mentale. J'ai déjà tellement de contraintes à gérer et à compenser avec les différentes séquelles des opérations, c'est vraiment précieux que de pouvoir bénéficier de ce traitement particulier. Bien sûr, ce n'est pas sans entraîner quelques jalousies ou incompréhensions de la part de certaines collègues. Je sais que l'on en parle quelquefois dans mon dos, on me l'a rapporté.

Face à cela, il n'y a pas grand chose à faire. Mes difficultés de santé sont attestées par la Reconnaissance de Travailleur Handicapé. Je ne veux pas polémiquer au-delà. Pour moi, le fait de continuer à travailler est primordial. Je me suis soutenue par la DRH, par le médecin de travail, et par le SAMETH qui privilégient toujours les solutions de maintien en emploi. Ce soutien est déterminant et n'est pas sans effet sur ma motivation, peut-être même sur ma santé.

ANNEXES

Annexe 1- Conditions générales liées à la DOETH

PRINCIPE

- L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, des mutilés de guerre et assimilés est définie aux articles L. 5212-1 et suivants du Code du travail.
- Les établissements de 20 salariés et plus sont tenus d'employer à temps plein ou à temps partiel, dans la proportion de 6 % de leur effectif, des personnes ayant une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) délivrée par les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH, qui se sont substituées depuis le 1er janvier 2006 aux COTOREP), des victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle (AT-MP), des pensionnés d'invalidité, des mutilés de guerre et assimilés, des titulaires de la carte d'invalidité ou de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Règle d'assujettissement

- L'obligation d'emploi s'apprécie établissement par établissement.
 - Les entreprises qui comptent des établissements sans autonomie de gestion par rapport au siège social (notamment pour la gestion du personnel : recrutement, licenciement) doivent intégrer les effectifs de ces établissements dans ceux du siège social et le signaler en 1ère page du formulaire. La déclaration commune doit être retournée à l'AGEFIPH
- L'établissement est assujéti si son effectif selon les règles définies à l'article L. 1111-2 du Code du travail est égal ou supérieur à 20 salariés au 31 décembre. Le nombre de salariés en CDI est apprécié à cette date. Les autres salariés sont calculés au prorata de leur temps de présence dans l'année même s'ils ne font plus partie de l'effectif au 31 décembre.

Assiette d'assujettissement (quelle base de calcul pour les 6%)

Doivent être pris en compte dans le calcul de l'effectif d'assujettissement :

- les salariés titulaires d'un contrat à durée indéterminée (CDI) à temps plein et les travailleurs à domicile. Ils sont pris en compte intégralement dans l'effectif s'ils sont présents dans l'établissement au 31 décembre 2013 et au prorata de leur durée hebdomadaire de travail s'ils sont à temps partiel. Ils ne comptent pas du tout s'ils sont partis avant le 31 décembre.
- sont pris en compte au prorata de leur temps de présence au cours des douze derniers mois :
 - les salariés titulaires d'un contrat à durée déterminée (CDD) ou d'un contrat de travail intermittent ;
 - les travailleurs mis à disposition par une entreprise extérieure pendant au moins 1 an et présents au 31 décembre ;
 - les intérimaires ;
 - les saisonniers ;
 - les emplois jeunes ;

- les contrats jeunes en entreprise (CJE) ;
 - les salariés à temps partiel, quelle que soit la nature de leur contrat de travail, sont pris en compte en divisant la somme totale des horaires inscrits dans leurs contrats de travail par la durée légale ou conventionnelle du travail.
 - les salariés dont le contrat de travail est suspendu sont comptabilisés en fonction du nombre d'heures prévues au contrat.
- Doivent être exclus du calcul de l'effectif d'assujettissement :
- les remplaçants en CDD, intérim ou mis à disposition, de salariés inscrits à l'effectif ;
 - les stagiaires de la formation professionnelle en alternance ;
 - les apprentis ;
 - les salariés sous contrat de professionnalisation ;
 - les salariés en contrat aidé.

Nombre d'unités bénéficiaires à atteindre

Le nombre des bénéficiaires devant être employés au titre de l'année de référence : il est calculé en multipliant l'effectif d'assujettissement par 6 %, (arrondi à l'entier inférieur).

LES 5 MODALITÉS DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'OBLIGATION D'EMPLOI :

- Employer des bénéficiaires (emploi direct)

- 1) Les travailleurs ayant la Reconnaissance de la Qualité de Travailleurs Handicapés (RQTH) attribuée par la Commission des droits et de autonomie des personnes handicapées (CDAPH, qui a repris depuis le 1er janvier 2006 les compétences et fonctions anciennement dévolues aux COTOREP) mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles.
- 2) Les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (AT-MP) ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de Sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire.
- 3) Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de Sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics, à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain.
- 4) Les personnes mentionnées à l'article L.394 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, notamment :
 - les invalides de guerre titulaires d'une pension militaire d'invalidité en raison de blessures reçues ou de maladies contractées ou aggravées dans le cadre du service au cours des guerres ou des campagnes de guerre ;
 - les victimes civiles de la guerre ou d'un acte de terrorisme ;
 - les sapeurs pompiers volontaires victimes d'un accident ou atteints d'une maladie contractée en service (également mentionnés au 9° de l'article L.5212-13 du code du travail) ;
 - les personnes qui dans le cadre de leurs fonctions professionnelles au service de la collectivité ou de leurs fonctions électives au sens du code électoral, ou lors d'une mission d'assistance à personne en danger, ont subi une atteinte à leur

intégrité physique, contracté ou vu s'aggraver une maladie induisant une incapacité permanente de poursuivre leur activité professionnelle.

5) Les personnes mentionnées aux articles L.395 et L.396 du même code, notamment :

- les conjoints, concubins et partenaires liés par un PACS d'un militaire bénéficiant d'une pension pour aliénation mentale, ou d'une personne mentionnée à l'article L.394 décédée ou disparue dans des circonstances définies dans cet article (cf. 4) ;
 - les personnes ayant la charge de l'enfant mineur d'une personne citée au 4) ou titulaire d'une pension pour aliénation mentale ;
 - les orphelins de guerre et pupilles de la nation de moins de 21 ans ;
 - les enfants de moins de 21 ans de militaires titulaires d'une pension pour aliénation mentale, et de personnes mentionnées à l'article L.394 dont le décès, la disparition ou l'incapacité de pourvoir à leurs obligations et à leurs charges d
- 6) Les titulaires de la carte d'invalidité définie à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles.

7) les titulaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)

Le calcul de l'unité bénéficiaire s'effectue salarié par salarié et prend en considération la nature du contrat (CDI/CDD), la durée de travail (<50% ou >50%), la période de présence dans l'année et la validité du titre de bénéficiaire. De plus, il existe des possibilités de minoration au titre "des efforts consentis par l'employeur" en fonction de l'âge ou de certaines caractéristiques des bénéficiaires.(voir plus loin)

Les pièces justificatives doivent être conservées pendant 5 ans.

-La conclusion de contrat de sous-traitance ou mise à disposition avec le milieu protégé ESAT CTDT EA

Il s'agit de la possibilité de valoriser dans son obligation d'emploi, le travail réalisé par des travailleurs handicapés qui sont "employés" par des ESAT CDTD ou EA. Cet emploi dit indirect ne peut dépasser 50% de l'obligation d'emploi (base d'assujettissement x 6%).

Les modalités de calcul des unités diffèrent selon la nature des contrats (arrondir le résultat 2 chiffres après la virgule),

- pour chacun des contrats de sous-traitance, de fournitures, de prestations de services, appliquez la formule suivante :

(Prix hors taxe des fournitures, – Coût des matières premières, produits, travaux ou prestations matériaux consommation et des frais de vente) / (2000 x Taux horaire du SMIC)

- pour chacun des contrats de mise à disposition de bénéficiaires par des EA, CDTD ou des ESAT, appliquez la formule suivante :

(Prix hors taxe des fournitures, – Coût des matières premières, produits, travaux ou prestations matériaux consommation et des frais de vente) / (1600 x Taux horaire du SMIC)

- L'accueil de stagiaires travailleurs handicapés

Cette option, calculée prorata temporis pour des stages de plus de 40 h, ne peut dépasser 2% de la base d'assujettissement. Les stages de demandeurs d'emploi (Pôle emploi/Agéfiph), l'alternance dans le cadre de la scolarité du 2nd degré ou

de l'enseignement supérieur peuvent contribuer à la réalisation de l'obligation d'emploi.

- Les possibilités de minoration

Ces minorations de la contribution sont liées aux salariés bénéficiaires employés par l'établissement et qui ont été déclarés dans la liste nominative annexée à la déclaration, elles impactent donc directement le taux d'emploi.

0,5	pour l'embauche ou le maintien dans l'emploi d'un bénéficiaire âgé de moins de 26 ans ou de 50 ans et plus au 31 décembre 2013.
1	Cette minoration est accordée proportionnellement à la durée de validité de la reconnaissance de la lourdeur du handicap. Si la reconnaissance de lourdeur ne s'applique pas dans l'année, si elle est attribuée après le départ du bénéficiaire, ou si elle expire avant l'embauche du bénéficiaire, la minoration est refusée. Si la lourdeur est valable au 31 décembre ou au départ du bénéficiaire, la minoration vaut 1. Sinon, la minoration est reconnaissance n'est pas expirée, sur le nombre de jours calendaires de la période de contrat du salarié.
0,5	accordé la première année pour l'embauche du premier bénéficiaire de l'obligation d'emploi depuis la création de votre établissement, quelle que soient la nature et la durée de son contrat de travail. Cette minoration concerne uniquement les employeurs qui, avant cette embauche, n'avaient jamais employé de bénéficiaires. Cette minoration n'est octroyée qu'une seule fois dans la vie de l'établissement
1	accordé la première année pour l'embauche d'un bénéficiaire de l'obligation d'emploi qui était chômeur de longue durée (inscrit depuis plus de 12 mois à Pôle emploi).
1	accordé à titre permanent pour l'embauche d'un bénéficiaire de l'obligation d'emploi s'il sort d'une EA, d'un CDTD ou d'un ESAT.

-Prise en considération des emplois à capacités particulières

L'emploi de salariés sur des « emplois exigeant des conditions d'aptitude particulières » (ECAP), listés ci-dessous, minore le montant de la contribution.

Dans la branche, seul le CPS 586c ambulancier pourrait être concerné. La réglementation permet de fortement diminuer la contribution sur ces catégories d'emploi (10 à 15% de la contribution classique) . Les modalités relativement complexes sont présentées dans la notice de déclaration jointe en annexe.

- calcul de la contribution

Le calcul de la contribution se fait sur le solde d'unité apparaissant manquante dans la déclaration :

exemple de contribution : (calcul simplifié)

- établissement de 80 ETP avec un taux global d'emploi à 4% (soit 3,2 au lieu de 4,8)

1,6 unité manquante x 400 x smic horaire brut = contribution environ 5 000 euros annuel

- établissement de 400 ETP avec un taux d'emploi global à 3% (soit 12 au lieu de 24)

12 unités manquantes x 500* x smic horaire brut = contribution environ 56 000 euros annuel

Le coefficient* dépend de l'effectif de l'entreprise (et non de l'effectif de l'établissement), calculé conformément aux articles L1111-2 et L1111-3 du code du travail

- si l'entreprise compte entre 20 et 199 salariés, le coefficient est de 400 ;
- si l'entreprise compte entre 200 et 749 salariés, le coefficient est de 500 ;
- à partir de 750 salariés, le coefficient est de 600.

NB : cette contribution peut être diminuée de 10% au maximum en faisant valoir des "dépenses déductibles" permettant de favoriser l'accueil, l'insertion, le maintien dans l'emploi ou l'accès à la vie professionnelle de personnes handicapées, si ces dépenses ne résultent pas d'une obligation législative ou réglementaire. Le montant des dépenses déductibles à retenir est le montant TTC. La liste détaillée est présentée dans la notice de déclaration jointe en annexe.

-Exonération de versement de la contribution

La conclusion d'un accord collectif de travail relatif à l'emploi des travailleurs handicapés exonère du versement de la contribution, à condition qu'il soit agréé par la Direccte ou l'AGEFIPH. Il suppose la mise en œuvre d'un plan d'action : embauches, plan d'insertion et de formation, maintien en emploi... Ce plan d'action est développé au niveau de l'établissement ou de l'entreprise. S'il vaut respect de l'obligation d'emploi et exonère l'établissement de tout versement d'une contribution à l'AGEFIPH, l'établissement doit remplir intégralement la déclaration (DOETH) afin de calculer le montant de la contribution théorique qui aurait éventuellement dû être payée à l'AGEFIPH en l'absence d'accord. Ce calcul est nécessaire pour la détermination et le réajustement annuel du budget prévisionnel de l'accord, comme pour le contrôle de son application.

- Contentieux éventuel

Une pénalité est possible si l'établissement :
-n'envoie pas de déclaration ;

-ne remplit pas totalement votre obligation d'emploi de travailleurs handicapés ;
-ne répond pas aux demandes de pièces justificatives faites par l'autorité compétente.

La pénalité est calculée établissement par établissement. Elle est égale au nombre de bénéficiaires non employés, multiplié par 1500 fois le SMIC (ou SMIG pour Mayotte) horaire au 31 décembre 2013. Le résultat obtenu sera majoré de 25 %.

La pénalité est fixée par l'autorité administrative compétente, après contrôle de la déclaration et est notifiée par décision motivée. Elle donne lieu à l'émission d'un titre de perception dont le recouvrement est assuré par le trésorier-payeur général.

Pour un descriptif détaillé voir annexe et sous

<http://www.agefiph.fr/Entreprises/DOETH-et-contribution/Comment-effectuer-votre-declaration-annuelle>

Annexe 2- Structure des aides AGEFIPH

1- Recrutement et intégration de personnes handicapées (en complément des aides de droit commun) :

- > Aide à l'insertion professionnelle
- > Aides au contrat de professionnalisation
- > Aides au contrat d'apprentissage
- > Aides aux emplois d'avenir
- > Aides au contrat de génération
- > Aide au suivi post-insertion d'une personne handicapée sortant d'Esat

2- Maintien dans l'emploi (en complément des aides de droit commun) :

- > Aide au maintien dans l'emploi
- > Formation des salariés dans le cadre du maintien dans l'emploi
- > Aide à l'aménagement des situations de travail et à la compensation du handicap
- > Aide au maintien dans l'emploi des personnes handicapées en fin de carrière

3- Compensation du handicap

- > Aide à l'aménagement des situations de travail et à la compensation du handicap
- > Prestation ponctuelle spécifique (appréciation par un spécialiste des incidences du handicap sur l'emploi et sur les actions à mettre en place pour le compenser)
- > Prestation d'étude préalable à l'adaptation des situations de travail
- > Aide au tutorat
- > Aide au suivi post-insertion d'une personne handicapée sortant d'Esat

4- Accompagnement de l'AGEFIPH à la mise en œuvre d'une politique handicap

- > Diagnostic conseil approfondi
- > Convention avec l'Agefiph

5- Aide liée à la reconnaissance de la lourdeur du handicap

Annexe 3- Liste des PCS

Commun aux deux secteurs

- Aide-soignant(e) : **526 a**
- Infirmier(e) : **431 f**
- Infirmier(e) Responsable : **431 a**
- Agent d'accueil et d'accompagnement : **541 b**
- Secrétaire assistante : **542 a**
- Comptable : **543 a**
- Cuisinier : **636 d**

Secteur sanitaire

- Agent de service Hospitalier : **525 d**
- Auxiliaire de Puériculture : **526 c**
- Brancardier : **525 d**
- Secrétaire médicale : **461 a**
- Sage-femme : **431 e**
- Infirmier(e) de Bloc : **431 d**
- Agent administratif : **524 a**

Secteur médico-social

- Agent de service Hôtelier : **561 e**
- Aide Médico-Psychologique : **526 d**
- Psychologue : **311 d**
- Responsable d'établissement : **435 a**
- Animateur : **435 b**
- Jardinier : **631 a**

Annexe 4- Questionnaire

QUESTIONNAIRE ETUDE EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS DANS LES SECTEURS SANITAIRE ET MEDICO SOCIAL

**L'ensemble du questionnaire porte sur les trois dernières années :
2010/2011/2012**

1-Diriez-vous que votre établissement développe une pratique en matière
d'emploi des travailleurs handicapés ?

Si oui : cette pratique est-elle ?

- référencée à un accord de branche
- référencée une politique de groupe,
- référencée à un accord d'entreprise
- un projet local,
- un événement local,
- une personnalité locale,
- la proximité avec une association particulière,
- une motivation de la direction
- d'un personnel en particulier
- autre (précisez)

INFORMATION/COMMUNICATION

2-Des personnels de l'établissement ont-ils participé à des journées de sensibilisation ou de formation sur le thème du handicap ?

Si oui :

- nombre de personnes concernées,
- organisme à l'origine des actions,
- durée par personne
- forme (exemples :forum, expo, formation, théâtre...)

3- Des supports de communication relatifs à l'emploi des travailleurs handicapés sont-ils disponibles dans l'établissement ?

Si oui :

- guide pour l'accueil des travailleurs handicapés Origine :
- dépliant Origine :
- affiches Origine :
- journaux spécialisés Origine :
- autre Origine :

RECRUTEMENT/FORMATION/GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

4- L'établissement participe-t- il à des actions en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés (exemples : semaine pour l'emploi des travailleurs handicapés, jobdating,)

5- L'établissement a-t-il été sollicité par des personnes en situation de handicap à la recherche d'un emploi ? si oui, pour quel type d'emploi

6- L'établissement a-t-il engagé des démarches pour embaucher des personnes en situation de handicap ? si oui

- pour quel type d'emploi,
- seul ou avec des partenaires, si oui lesquels,
- avec quels résultats (nombre de personnes embauchées)

7- Depuis 2010, pour les personnes dont un handicap s'est déclaré ou est advenu, quelles sont les actions qui ont été mises en œuvre ?

- maintien dans l'emploi avec ou sans aménagement
- licenciement pour inaptitude
- non concerné

8- Pour ce qui concerne les personnels travailleurs handicapés en poste ?

- nombre de personnes ayant demandé une formation
- nombre de personnes ayant bénéficié d'une formation

S'il existe un écart entre la demande et le réalisé, quelles en sont les raisons ?

- la personne ne s'est pas rendue à la formation
- le lieu de formation n'était pas accessible
- aucune aide technique adaptée n'était prévue
- la formation a été reportée
- autre (précisez)

9- Pour les personnels travailleurs handicapés en poste (2010/2012)

- des personnes ont-elles bénéficié de formation ? si oui
diplômant non diplômé
- des salariés ont-ils changé de poste ? si oui nature du changement

10 Avez-vous signé des contrats en alternance (2010/2012) ? si oui

- contrat de professionnalisation
- contrat d'apprentissage
- nombre de personnes en situation de handicap concernées :

PARTENARIAT

11- L'établissement est-il en contact avec des acteurs locaux spécialisés ?

- AGEFIPH,
- CAP EMPLOI,
- SAMETH,
- ALTHER,
- ergonomes,
- ESAT (ex CAT),
- Entreprises adaptées
- Centre de rééducations spécialisés (CRP)
- Autre (précisez)

12- De manière générale, avez vous signé des conventions de partenariat formalisées avec des organismes qui forment

- des IDE
- des AS
- des ASH,
- des brancardiers
- des personnels administratifs, technique, hébergement
- autre (précisez)

13- Abordez vous des thèmes en lien le handicap en CHSCT, si oui, lesquels ?

*En synthèse, quelles sont les affirmations avec lesquelles vous êtes d'accord
(surlignez en gras)*

- il est difficile de trouver des candidats TH en général
- il est difficile de trouver des candidats TH qui aient les compétences requises pour les postes proposés
- il y a des candidats pour les postes proposés, mais c'est leur intégration dans les services qui pose problème
- il y a des candidats pour les postes proposés, mais c'est l'adaptation de leur poste de travail qui pose problème
- certains métiers ne peuvent être proposés aux personnes en situation de handicap,
- seuls certains types de handicap sont compatibles avec l'activité des établissements
- quand cela est nécessaire, il est difficile d'organiser l'accompagnement des salariés TH dans les services
- il est plus facile d'organiser le maintien dans l'emploi que d'intégrer une personne en situation de handicap

Commentaires

Données générales

Personne ayant renseigné le questionnaire

- directeur
- responsable formation
- responsable des ressources humaines
- autre

Le CHSCT a-t-il contribué à renseigner le questionnaire ? oui/non

Nom du groupe :

Nombre d'établissements concernés :

Questionnaire à retourner à l'adresse suivante :

jkuperholc@wanadoo.fr

**pour tout renseignement vous pouvez joindre : Jean Kuperholc au
0681025857**

Annexe 5- Glossaire

Sigles	Dénominations
AAH	Allocation Adultes Handicapés
AC	Allocation Compensatrice
AGEFIPH	Association de Gestion des Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées
AH	Aide Humaine
APA	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
ASS	Allocation de Solidarité Spécifique
CAT	Centre d'Aide par le Travail (remplacé par ESAT)
CAV	Contrat d'AVenir
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDCPH	Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPR	Complément de Ressources
COTOREP	Commission Technique Orientation Reclassement Professionnel (voir MDPH)
CRP	Centre de Rééducation Professionnel
DIRECCTE	Direction Régionale de l'Economie, de la concurrence et de la consommation, du Travail et de l'emploi
EMS	Etablissement Médico-Social
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
FDC	Fond Départemental de Compensation
FIPHFP	Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
IPP	Incapacité Permanente Partielle
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MTP	Majoration Tierce Personne
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PPC	Plan Personnalisé de Compensation
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSA	Revenu de Solidarité Active
TI	Taux d'Incapacité
ULIS	Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
UPI	Unité Pédagogique d'Intégration