

Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris Est Créteil Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



*Employer des personnes
en situation de handicap
à l'hôpital : un rôle à
jouer pour le cadre de
santé*

Damien TARBOURIECH

2011-2012

DCS 11-12

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Monsieur Paul SOUCIET, mon directeur de mémoire pour son soutien et sa disponibilité. Son aide m'a été précieuse pour orienter mon travail et parfois me recentrer lorsque j'ai pu m'égarer.

Je tiens à adresser mes remerciements à Monsieur Henri RUTTER qui me soutient depuis le début de ma démarche de formation et qui a pu me guider dans les premiers moments de ce travail de recherche.

Je tiens également à remercier toutes les personnes qui ont accepté de me recevoir à l'occasion de ce travail de recherche. Elles ont pris le temps de répondre à mes questions et de m'expliquer leurs préoccupations.

Je voudrais adresser mes remerciements à mes camarades de promotion avec qui j'ai partagé cette année riche en enseignements et en émotions, et tout particulièrement Véronique et Thomas avec qui nous avons tant échangé et discuté de nos difficultés. Cela m'a souvent permis de garder le moral.

Je voudrais remercier mes amis et ma famille pour leur soutien. Ils ont toujours été présents durant l'année, même si ce n'était pas toujours mon cas. Je leur demande donc d'accepter mes excuses.

Enfin, je tiens à exprimer toute ma reconnaissance et ma gratitude à Anne qui a su me montrer son indéfectible soutien tout au long de cette année. Grâce à ses encouragements et ses recommandations, j'ai pu terminer ce travail dans les meilleures conditions et regagner confiance dans les moments de doute.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	4
INTRODUCTION	5
1. DE LA REFLEXION A LA QUESTION DE DEPART	7
2. COMPRENDRE LE HANDICAP	9
2.1. Définitions	9
2.1.1. Les différents types de handicap.....	10
2.1.2. Classifications.....	12
2.2. Les représentations du handicap	14
2.2.1. Regards anthropologiques au fil du temps et des cultures	15
2.2.2. Regard sociologique : la place de la société humaine	19
2.2.3. Le ressenti face au handicap.....	23
2.3. Evolution des politiques en matière de handicap	24
2.3.1. La tranquillité sociale	24
2.3.2. Le droit à la réparation et à la réinsertion professionnelle.....	25
2.3.3. Reconnaissance du « handicap »	26
3. LE CADRE REGLEMENTAIRE ET LEGISLATIF	28
3.1. La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)	28
3.2. L'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH)	29
3.2.1. Les bénéficiaires de l'obligation d'emploi (BOE).....	29
3.2.2. Le Fonds d'Insertion pour les Personnes Handicapées de la Fonction Publique	30
3.2.3. La Déclaration annuelle d'obligation d'emploi des travailleurs handicapés....	32
3.3. Travailler en milieu ordinaire	33
3.3.1. Le principe de non-discrimination.....	33
3.3.2. Les conditions d'emploi	34
3.3.3. Favoriser l'emploi.....	35
3.3.4. Le recrutement.....	35
3.3.5. Le maintien dans l'emploi	36
3.4. La formation professionnelle	37
3.4.1. Formations de droits communs.....	38
3.4.2. Formations spécifiques	39

3.5. Les chiffres de l'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique.	40
.....	
4. L'ENQUETE DE TERRAIN	42
4.1. Le contexte	42
4.2. Le choix des personnes interrogées	43
4.3. La méthode de recherche	43
4.4. Les outils d'enquête	43
4.5. La mise en œuvre	44
4.5.1. Prendre contact	44
4.5.2. Mener les entretiens	44
5. LES RESULTATS DES ENTRETIENS	45
5.1. Le profil des personnes interrogées	45
5.2. Les thématiques abordées durant les entretiens	46
5.2.1. Les représentations du handicap	46
5.2.2. Attitudes et ressentis de la personne handicapée au travail	47
5.2.3. Dynamiques et attitudes d'équipe face au handicap	48
5.2.4. Efficacité/compétences	48
5.2.5. Communication et information sur le handicap	49
5.2.6. L'accès à l'emploi	50
5.2.7. L'aménagement de l'organisation du travail	51
5.2.8. Les aménagements matériels	51
5.2.9. La coordination de la politique du handicap	51
5.2.10. Contraintes liées au handicap	52
5.2.11. Finances / budget	52
5.2.12. Identification des travailleurs handicapés	52
5.2.13. Accompagnement individuel du travailleur handicapé	53
5.2.14. Implication des personnels par rapport à une politique du handicap	54
5.2.15. Problèmes éthiques	54
6. LA POSTURE MANAGERIALE DU CADRE FACE AU HANDICAP	55
6.1. Sensibiliser à la notion de handicap au travail	55
6.1.1. Le poids des représentations	55
6.1.2. Adapter l'information et la communication sur la notion de handicap	57
6.1.3. Bien identifier les situations personnelles handicapantes	59

6.1.4. Coordonner la politique handicap d'un établissement.....	60
6.2. Accompagner dans le poste.....	61
6.2.1. L'accompagnement doit être individualisé.....	61
6.2.2. Attitudes et ressentis.....	63
6.2.3. La difficulté d'évaluer les compétences.....	64
6.2.4. Accéder à un emploi adapté.....	65
6.2.5. Des difficultés inhérentes à la situation de handicap au travail.....	67
6.3. Intégrer au sein d'une équipe.....	68
6.3.1. Entre protection et rejet.....	68
6.3.2. Impliquer les équipes et appliquer une pédagogie de l'intégration.....	69
6.3.3. Adapter l'environnement.....	70
7. LES LIMITES ET DIFFICULTES DU TRAVAIL.....	74
8. SYNTHESE.....	76
CONCLUSION.....	78
BIBLIOGRAPHIES ET REFERENCES.....	80

TABLE DES ANNEXES

GLOSSAIRE

AAH	Allocation pour Adulte Handicapé
AFPA	Association pour la Formation Professionnelle des Adultes
AGEFIPH	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes handicapées
AS	Assistant Social
BOE	Bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDES	Commission Départementale de l'Education Spéciale
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
CIH	Classification Internationale du Handicap
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
DOETH	Déclaration annuelle d'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	Direction des Soins
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
FIPHFP	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées de la Fonction Publique
FP	Fonction Publique
FPE	Fonction Publique d'Etat
FPH	Fonction Publique Hospitalière
OETH	Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
SAMETH	Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDH	Situation De Handicap
TH	Travailleur Handicapé
UEROS	Unité d'Evaluation de Reclassement et d'Orientation Sociale

INTRODUCTION

L'accès à l'emploi demeure le sésame de la vie sociale au sein de notre société. Il reste le moyen incontournable de lutter contre la pauvreté, l'isolement et la désocialisation. Il représente une valeur importante dans le monde moderne, à conditions qu'il ouvre droit à un vrai statut de non à un statut dévalorisé.

Le handicap fait partie de la condition humaine et il peut toucher chacun de nous à un moment de la vie, qu'il s'agisse d'une incapacité temporaire ou définitive.

Le handicap est une notion complexe. De nombreuses dispositions ont été prises afin de favoriser l'insertion sociétale des personnes handicapées. La loi du 11 février 2005¹ est l'une de ces dispositions. Elle a été promulguée afin de réformer la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975² et se base sur le principe de non-discrimination. Visant à garantir des droits et des chances équitables pour les personnes handicapées, cette loi établit 5 objectifs principaux dont celui de faciliter l'insertion professionnelle dans les secteurs privés et publics.

Au-delà de l'incitation financière et des sanctions prévues dans le domaine privé, il est maintenant envisagé, depuis 2005, d'harmoniser les exigences en matière d'emploi de personnes handicapées également dans le domaine public. Cette insertion professionnelle peut se faire de plusieurs manières, dont l'emploi dans le milieu « ordinaire ». Toute personne en situation de handicap employée dans ce milieu ordinaire a le statut de salarié et bénéficie de mesures lui permettant une compensation de son handicap au travail.

L'hôpital public, comme tout le secteur public, a une obligation d'emploi de travailleurs en situation de handicap depuis 1987. Le personnel hospitalier a cette particularité de bien connaître le handicap car l'accompagnement de celui-ci est quotidien dans le travail des soignants. Ceux-ci peuvent eux-mêmes se trouver touchés par le handicap. Dans ce cas, quelle place peuvent-ils trouver au sein de l'unité ?

¹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

² Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Le cadre de santé étant garant de l'organisation des soins et du travail de façon plus générale, il doit prendre en compte les particularités de chacun des membres de l'équipe, qu'ils soient handicapés ou non. En ce sens, le cadre veille à donner une place à chacun en respectant la politique et le projet de son établissement.

J'aborderai dans un premier temps la réflexion qui m'a mené à ma question de départ puis à la construction de mon objet de recherche. J'exposerai dans un deuxième temps le corpus théorique qui m'a permis de comprendre les enjeux de mon sujet et de ma problématique. Dans un troisième temps, j'expliquerai la préparation et le déroulement de mon enquête. Cela m'amènera naturellement aux résultats et à mon analyse de la situation. Avant de conclure sur ce travail de recherche, je prendrai le temps d'expliquer les limites de mon labeur et les difficultés que j'ai pu rencontrer.

1. DE LA REFLEXION A LA QUESTION DE DEPART

« L'ergothérapeute est un professionnel de santé. L'ergothérapie s'exerce dans les secteurs sanitaire et social et se fonde sur le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé. Elle prend en compte l'interaction personne – activité – environnement.

[...]

L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société »³.

Je travaille depuis plusieurs années dans un établissement public de santé accueillant essentiellement des personnes atteintes de troubles mentaux. J'accorde une grande importance, dans ma pratique, aux valeurs de l'institution dans laquelle j'exerce mon métier. Il m'est essentiel de comprendre et de partager celles-ci. L'hôpital public est un lieu d'accueil et de soins pour l'ensemble de la population. En veillant à respecter les principes de neutralité et d'égalité, chacun doit avoir accès aux mêmes conditions.

De par nos formations de soignants, nous sommes habitués à accompagner le handicap des patients mais comment pouvons-nous accompagner un soignant en situation de handicap dans son exercice professionnel ?

En effet, *« le travail représente l'un des éléments primordial de l'identité de la personne, en tant que fonction sociale, il occupe une place centrale à la fois dans l'organisation de la société et dans la construction de la santé »⁴.*

Mes recherches porteront sur la place du handicap du personnel au sein de l'hôpital public. J'ai voulu comprendre comment les personnes en situation de handicap peuvent exercer leur métier à l'hôpital. En tant que futur cadre de santé, je cherche à étudier le rôle

³ *Référentiel d'activité*, Annexe 1 de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute

⁴ La place du travail dans l'identité des personnes, < <http://savoir.fr/la-place-du-travail-dans-l-identite-des-personnes> >, [consulté le 21/04/2012]

du cadre de proximité dans l'accompagnement du handicap au travail. Ceci m'a donc amené à me poser la question suivante :

En quoi le cadre de santé, à l'hôpital public, peut-il accompagner le recrutement et le maintien dans l'emploi des personnels handicapés dans les unités de soins ?

Les hypothèses que je formule sont les suivantes :

- Dans leurs formations de soignants puis de cadres, les professionnels de santé ne sont pas préparés à prendre en compte un personnel qui présente un handicap dans leur équipe.
- Par leur rôle à l'interface entre le travail de terrain et celui de la stratégie institutionnelle, les cadres de santé peuvent d'une part faire redescendre les informations venant de la direction et guider un personnel en situation de handicap ; ils peuvent d'autre part faire remonter aux cadres supérieurs, les difficultés quotidiennes d'aménagements que peuvent rencontrer les travailleurs handicapés. De leur place, ils peuvent articuler et mettre en œuvre des mesures d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap au regard des dispositions prévues pour ces derniers dans l'établissement.

2. COMPRENDRE LE HANDICAP

2.1. Définitions

Les termes « handicap », « personne handicapée » ou bien encore « personne en situation de handicap » sont d'usage assez récent. Autrefois, on parlait plutôt des termes « infirme », « inadapté », « invalide » ou « paralysé », comme peuvent en témoigner les noms donnés à des institutions (Institution Nationale des Invalides) ou bien encore à des associations (Association des Paralysés de France) . Cependant, comme le montre H.J. STIKER, « *les personnes handicapées ne forment pas un groupe homogène* »⁵. Il s'agit en effet, selon les cultures, du regroupement de personnes souffrant de déficiences.

Bien que les termes aient évolué au fil du temps, les personnes concernées sont sensiblement les mêmes ; il faut séparer (ou identifier tout du moins) les curables des incurables, ceux que l'on qualifiait jadis de perfectibles et d'irrécupérables. Tous ces termes qui nous viennent encore à l'esprit aujourd'hui, lorsque l'on parle du handicap, sont d'origines diverses, allant du monde médical (malade, paralysé), au domaine social (marginal, exclu), passant par une idéologie (hérédité, génétique) ou bien encore visant l'action (incapacité, désavantage)⁶.

Il n'y a que récemment que la notion de « personne en situation de handicap » est apparue dans le langage professionnel puis courant. Cette formulation met « *en évidence le fait que ce sont le cadre de vie et l'organisation sociale, du fait des contraintes incompatibles avec les capacités restreintes d'une partie croissante de la population, qui créent les handicaps* »⁷. Cette notion marque ainsi une volonté de distinguer l'infirmité du handicap : il n'est pas nécessaire d'être infirme pour être handicapé. On parle maintenant préférentiellement de la situation sociétale qui amène une personne au handicap dans un milieu de vie donné. Ainsi, selon cette approche, on peut considérer comme handicapée toute personne qui se trouve chargée d'un lourd paquet pour prendre le métro parisien ou bien encore une personne sans voiture qui habite dans un village isolé de Dordogne et qui ne peut pas se déplacer pour aller faire des courses au supermarché.

⁵ STIKER H.J. (2009), **Comment nommer les déficiences ?**, in *Ethnologie française*, 2009/3 Vol. 39, p. 463-470

⁶ STIKER H.J. (2009), *op. cit.*

⁷ HAMONET C. (2010), **Les personnes en situation de handicap – 6^e édition**, PARIS : PUF, Collection *Que sais-je ?*, p. 3

Le concept de « situation de handicap » a pour avantage de suspendre la ségrégation que l'on peut faire en parlant des « valides » et des autres, « infirmes » ou « déficients ». La connotation négative de ces termes est importante à prendre en compte pour comprendre comment nos sociétés ont été amenées à repenser leurs politiques en matière de handicap. Cependant, cette notion n'a pas été retenue dans la loi du 11 février 2005⁸, lui préférant le terme de « personne handicapée ».

2.1.1. Les différents types de handicap

La loi de 2005, à contre-courant des mouvements actuels visant à reconnaître la responsabilité de la société dans l'expression d'une situation de handicap, définit le handicap de la manière suivante : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* »⁹. Il s'agit néanmoins d'un changement majeur dans la législation française puisque c'est ainsi la première fois que le handicap est défini légalement.

Bien qu'ayant préféré le terme « personne handicapée », l'Etat ne se défait pas totalement de ses obligations puisqu'il reconnaît sa responsabilité dans la garantie d'une égalité de chances et de traitement dans la société. Le rôle de « *l'ensemble de la collectivité nationale* » est affirmé dans un droit à la solidarité nationale et à un « *accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens [...]* »¹⁰. L'Etat reconnaît donc sa responsabilité dans la prise en compte du handicap, c'est à dire son implication dans les conséquences du handicap. En revanche, il ne reconnaît pas le rôle que la société peut jouer dans l'émergence d'un handicap de situation, c'est à dire qu'il ne reconnaît pas son rôle dans les causes du handicap. Il y a donc une prise de conscience partielle des phénomènes sociaux pouvant conduire à une situation handicapante.

⁸ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

⁹ Article L. 114 du Code de l'action sociale et des familles

¹⁰ *idem*

Comme nous le disions précédemment, les personnes en situation de handicap ne constituent pas un groupe homogène. Elles ont des parcours de vie et des problématiques différentes résultant de la rencontre d'une maladie (ou d'une incapacité) et d'une conjoncture sociale. Cela rend compliquée la catégorisation des différents types de handicap.

Cependant, tenant compte des travaux réalisés jusqu'à maintenant, on serait tenté de catégoriser les différents types de handicap de la manière suivante ¹¹:

- Les handicaps visibles :
 - *Handicap moteur* : les troubles de la motricité peuvent entraîner une atteinte partielle ou totale de la mobilité ou de la préhension
 - Handicaps sensoriels :
 - *Handicap visuel* : concerne les personnes aveugles et, dans la majorité des cas, les personnes malvoyantes
 - *Handicap auditif* : concerne les personnes sourdes et malentendantes. Selon les cas, ce handicap peut s'accompagner ou non d'une difficulté à oraliser, c'est à dire que la personne peut connaître des difficultés à l'élocution.
- Les handicaps invisibles :
 - *Handicap psychique* : est la conséquence d'une maladie mentale. Ce handicap peut avoir des retentissements sur les capacités d'autonomie et d'adaptation tant au niveau personnel que social.
 - *Déficiência intellectuelle* : est une diminution des facultés intellectuelles caractérisée par une lenteur de compréhension et parfois des difficultés à contrôler ses affects.
 - *Déficit cognitif* : est défini par l'atteinte de l'un des processus psychiques aboutissant à la connaissance comme la mémoire, les gestes, les capacités visuo-spatiales, d'anticipation ou bien encore de planification¹².

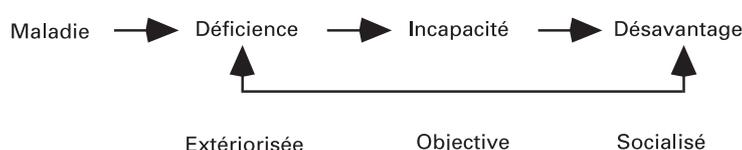
¹¹ Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (2009), **Guide de l'employeur public**, < www.fiphfp.org >, [consulté le 10 avril 2012]

¹² Liste non exhaustive extraite de : GARNIER, DELAMARE (2000), **Dictionnaire des termes de médecine – 26^{ème} édition**, PARIS : MALOINE, 991 p.

2.1.2. Classifications

Cette catégorisation des types de handicap a été permise, au fil des années, par les différents travaux qui ont cherché à hiérarchiser les handicaps comme le sont les maladies depuis plusieurs décennies¹³. C'est à l'initiative de l'OMS, dans les années 70, que va se développer la première réflexion sur la catégorisation du handicap. Son étude sera confiée au rhumatologue britannique Philip WOOD qui rendra la première édition de la classification internationale du handicap (CIH) en 1980. L'idée, à l'époque, était de distinguer plusieurs « plans d'expérience » qui s'enchaînent pour un même individu. Ces notions se développent parallèlement au champ médical et vont suivre l'évolution du modèle biomédical.

Comme le rappelle F. JAMET, « l'apport le plus important de la CIH à la réflexion sur le handicap a été sa conceptualisation dans un cadre tridimensionnel. Les trois notions clés sont : la déficience, l'incapacité et le désavantage »¹⁴. Le schéma suivant permet de comprendre les liens entre les notions :



Source : Classification Internationale du Handicap, OMS, 1980

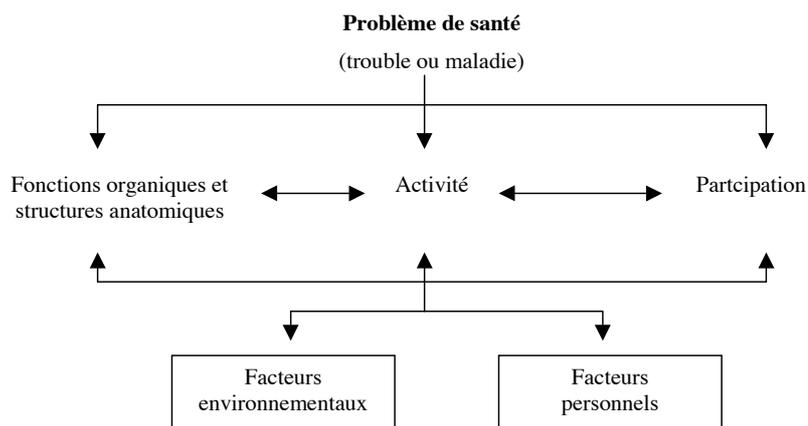
- La déficience comprend les altérations corporelles organiques et fonctionnelles. Elle est extériorisée.
- L'incapacité apprécie les limitations des capacités qui permettent d'accomplir une activité. Elle est objective.
- Le désavantage est la résultante de la déficience et de l'incapacité. Il est, quant à lui, socialisé.

¹³ En 1893, un médecin français Jacques BERTILLON crée la première classification des causes de décès dans une volonté de comparaison des causes de mortalité. C'est en 1945 que l'OMS se voit confier la mise à jour et l'évolution de cette classification qui deviendra ce que l'on connaît aujourd'hui comme la Classification Internationale des Maladies – 10^{ème} version (CIM-10).

¹⁴ JAMET F. (2003), **De la classification internationale du handicap (CIH) à la classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap**, in *La revue de l'AIS*, N°22/2^{ème} trimestre 2003, pp. 163-171

Cette approche a pour écueil le fait que le désavantage ne peut ainsi résulter que du diagnostic de la lésion (déficience) et de l'évaluation fonctionnelle (incapacité)¹⁵. Cette approche biomédicale est assez rapidement insuffisante pour prendre en compte les pathologies chroniques et le vieillissement de la population. L'autre argument fort est soutenu par les mouvements de personnes handicapées qui se sont développés dans les années 60-70 aux Etats-Unis, qui revendiquent des approches sociales du handicap en démontrant comment l'environnement peut constituer un obstacle pour les personnes handicapées. Bien que ce modèle social soit associé dans la CIH, il ne permet pas encore suffisamment d'expliquer le handicap et la manière dont la personne handicapée est marginalisée dans la société.

Ces critiques amèneront donc l'OMS à entreprendre rapidement de nouveaux travaux qui aboutiront, en 2001, à l'édition de la Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF). Cette nouvelle classification ne se contente pas de combiner un modèle biomédical (regard centripète observant les dysfonctionnements internes de l'individu) et un modèle bio-social (partant de l'individu pour comprendre les obstacles qu'il rencontre). Ces deux modèles étant fondamentalement différents et difficilement harmonisables, la CIF propose de composer un nouveau modèle tridimensionnel que l'on qualifiera de bio-psycho-social.



Source : Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap, OMS, 2001

¹⁵ MAUDINET M. (1999), **Introduction de la journée sur les enjeux de la classification internationale des handicaps**, in *Handicap*, 81, 1999, pp. 3-5

Cette description s'appuie sur 5 concepts fondamentaux :

- Le *problème de santé* est une altération qui occasionne une souffrance ou une perturbation de la vie quotidienne ;
- Les *fonctions organiques* et les *structures anatomiques* désignent les fonctions physiologiques et les parties anatomiques du corps ;
- L'*activité* correspond à l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. Elle se réfère à un contexte donné ;
- La *participation* désigne l'implication dans la vie réelle et constitue le résultat de l'interaction avec les autres et donc le rapport à la société ;
- Les facteurs contextuels se divisent en deux : les *facteurs environnementaux* externes (attitudes sociales, dispositions légales, architecture) et les *facteurs personnels* internes (sexe, âge, origine sociale, niveau d'études, etc.).

On remarquera que le handicap n'est pas cité explicitement car il résulte, dans cette approche, de 3 niveaux de dysfonctionnement :

- *Interne* lorsqu'il touche les fonctions organiques ou les structures anatomiques et on parle alors de **déficience** ;
- *Au niveau de la personne* lorsqu'il touche à l'activité et on parle de **limites d'activité** ;
- *Au niveau du rapport à la société* et on parle de **restriction de participation**.

Le handicap résultera donc de la combinaison d'un ou plusieurs dysfonctionnements. Il est tout à fait possible, dans cette dynamique, d'avoir une déficience qui n'entraînera pas de limites d'activités ou de restriction de participation. Inversement, il est possible d'avoir une restriction de participation sans pour autant n'avoir aucune déficience ni même de limite d'activité.

2.2. Les représentations du handicap

Du monde végétal au règne animal puis à l'avènement de l'Homme, le handicap s'est toujours manifesté : par l'expression d'une fragilité ou d'une défaillance qui peuvent être présentes dans le temps et dans l'espace, le handicap peut affecter toute la chaîne du vivant.

Nous pouvons nous demander, en préambule, en quoi les représentations du handicap que véhiculent nos cultures peuvent influencer les pratiques sociales, les modes d'organisations des sociétés, les attitudes et les comportements individuels envers les personnes en situation de handicap. Ces attitudes peuvent-elles conditionner les mécanismes de défense des individus ou des sociétés ? Comment aborde-t-on les questions d'identité et d'altérité dans l'interprétation du handicap ? Quels sont les impacts socio-économiques et sanitaires que cela peut engendrer ?

Pour répondre à ce questionnement, nous aborderons cette question de manière tridimensionnelle au regard des sciences humaines. Nous verrons dans un premier temps la place du handicap au sein de différentes cultures occidentales qui ont amené au concept et aux modèles que nous connaissons aujourd'hui. Puis nous développerons le rôle que les sociétés peuvent avoir dans le traitement du handicap comme différence à la norme par un abord sociologique. Enfin dans un dernier temps, nous tenterons de comprendre l'impact que le handicap peut avoir sur l'individu lui-même en tâchant d'examiner les processus psychiques en jeu dans l'acceptation et la vie avec un handicap.

2.2.1. Regards anthropologiques au fil du temps et des cultures¹⁶

Avant même de parler de handicap, il est essentiel d'en comprendre le sens dans une culture donnée. Les représentations sociales sont d'abord exprimées au travers de la langue. La traduction du mot « handicap » pose souvent des problèmes tant il peut être équivoque selon la langue et la culture. Michel FOUCAULT¹⁷ souligne l'importance du langage et son utilisation dans la structuration de nos images mentales, qui se réalisent par la médiation de codes transmis par la langue pratiquée.

Amérique du Nord : Canada et Etats-Unis

Si l'on se dirige vers l'Amérique du Nord, l'autonomie est aujourd'hui devenue une valeur importante qu'il faut défendre puisqu'elle est la source de nombreuses revendications identitaires. Dans le champ du handicap, cette autonomie est considérée comme un droit. Le handicap suppose une variété de corps différents. Il n'y a donc pas un

¹⁶ GARDOU C. (2010), **Le handicap au risque des cultures : variations anthropologiques**, TOULOUSE : Ed. ERES, 437 pages

¹⁷ FOUCAULT M. (1990), **Les mots et les choses, Une archéologie des sciences humaines**, Paris : Ed. Gallimard

handicap mais une variété de personnes handicapées¹⁸. Il y a autant de représentations du corps qu'il existe de conceptualisations anthropologiques du handicap.

Le handicap est en effet un terme récent qui n'est pas encore univoque. Au Québec en 1921, on parlait des indigents puis des invalides et finalement des handicapés. La catégorie sociale des « personnes handicapées » renvoie à des personnes atteintes corporellement de façons bien différentes. Leur regroupement sous une même étiquette est le fruit du développement des sciences biomédicales et de réadaptation qui connaissent un essor particulier durant le XX^e siècle et qui créent des catégories de population qu'il faut prendre en charge¹⁹.

Dans les années 1970, l'institutionnalisation est remise en cause et il faut alors envisager l'intégration sociale des personnes handicapées au niveau de la responsabilité collective²⁰. En 1973 aux Etats-Unis, toute forme de discrimination contre « *tout individu qualifié d'handicapé participant à un programme ou une activité recevant une aide financière fédérale au titre du handicap* » devient interdit. Cette loi entraînera des mesures similaires au Canada visant à défendre les droits fondamentaux des personnes handicapées. A cette même époque, le Québec développe des services de maintien à domicile²¹ et des mesures d'assistance sociale pour compenser les incapacités des individus.

Dans les années 1980, on peut observer un phénomène contigu qui consiste à faire évoluer le regard porté sur le corps différent. Cette évolution va permettre de passer du traitement de la différence biologique à l'adaptation sociétale aux besoins des personnes handicapées. Il existe plusieurs mouvements majeurs autour de la « vie autonome » (*Independent Living*)²² : les besoins sont connus et satisfaits par les individus eux-mêmes ; l'approche globale des dispositifs est privilégiée à des offres partielles ; les personnes handicapées doivent être intégrées à la communauté.

¹⁸ SAILLANT F., FOUGEYROLLAS P. (2007), **L'icône du handicap**, in *Reliance*, n°25, 2007, p. 81-87

¹⁹ GARDOU C. (2010), *op.cit.*, p. 97

²⁰ FOUGEYROLLAS P. (1983), **Entre peaux : logis de la différence. Du handicap à l'autonomie**, Québec, Mémoire de maîtrise, Université de Laval

²¹ FOUGEYROLLAS P. et coll. (2000), **Vivre sans handicap à domicile : un projet réaliste ou utopiste pour les personnes ayant des incapacités ?**, Rapport de recherche, RIPPH, Lac Saint-Charles

²² DeJONG Gerben (1979), « **Independent Living : from Social Movement to Analytic Paradigm** », *Archives of Physical Medical Rehabilitation*, 60, p. 439. (*Ce mouvement sera introduit par son auteur au Canada*)

Partant de l'observation qu'il existe une asymétrie entre les spécialistes de la réadaptation et les individus qui souffrent d'incapacités, l'approche biomédicale de la réadaptation est alors abandonnée au profit d'une orientation axée sur l'autodétermination et le soutien par les pairs. Il faut repenser l'environnement physique et social de la personne pour élaborer des stratégies visant à favoriser son autonomie.

Italie

L'omniprésence de l'Eglise catholique en Italie a eu un impact très important sur la charité. Durant des siècles, elle a su imposer une certaine conception du handicap et de la relation d'aide apportée aux plus démunis. Cependant des penseurs laïques ont développé les premières approches du handicap à partir des conceptions biomédicales et anthropométriques du XIX^e siècle. Elles se basent alors sur un déterminisme somatique qui explique la « déviance » comme un écart à la configuration que doit avoir le corps.

Dans la période d'après-guerre, on peut observer l'arrivée des sciences sociales américaines et du courant psychanalytique. L'abord de la notion de handicap se fait alors essentiellement autour de la désinstitutionalisation des aliénés dans les années 1960 à 1970. Les malades mentaux ayant des droits, ils sont placés au centre du dispositif des pratiques d'aide. Il est alors question de désenclaver la maladie mentale et de favoriser l'intégration sociale et la reconnaissance des droits de ceux qui n'étaient pas considérés.

Dans les années 1980, le terme handicap (*handicapatti* en italien) n'a pas la même signification que celle que veut lui donner l'Organisation Mondiale pour la Santé²³. La volonté de garder le sens italien du terme a permis des approches plus attentives aux potentiels des personnes. Progressivement, dans les années 1990, on parle de *disabilità* en référence au terme anglais *disability*²⁴, dorénavant employé au niveau international. Les

²³ Cela fait référence aux travaux du Dr. Philip WOOD qui chercha à classer les différents types de handicap. La classification qu'il proposa n'étant construite que sur une approche biomédicale, elle fera l'objet d'une nouvelle réflexion qui amènera à la publication en 2001 de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé faisant la synthèse de son approche biomédicale et d'une approche sociale du handicap. Ce nouveau type d'approche sera dénommé biopsychosociale.

²⁴ Le terme « *disability* » désigne un état ou une fonction jugée compromise de manière significative par rapport à une norme habituelle d'un individu ou d'un groupe. Une « *disability* » est conceptualisé comme étant une expérience multidimensionnelle pour la personne impliquée. Il peut y avoir des effets sur tout ou partie du corps mais également sur la participation d'une personne dans les domaines de la vie selon 3 dimensions reconnues par la CIF : la structure du corps et ses grandes fonctions, l'activité et la participation. Cette approche reconnaît l'impact physique et social des facteurs environnementaux qui peuvent affecter l'état de santé. < www.disabled-world.com/disability/types > [consulté le 10 mai 2012]

personnes ayant des « besoins spéciaux » peuvent être affectées de *disability* qui désigne les troubles qui touchent au corps.

L'évolution des terminologies amène nécessairement à faire évoluer les représentations du concept de handicap. A des termes péjoratifs, tels que « idiots »²⁵, on va préférer des termes permettant d'éviter toute stigmatisation tels que « déficients intellectuels ». La question sémantique est importante pour comprendre et faire évoluer les conceptions de la « normalité », de la maladie et de la démarche thérapeutique. L'Italie a donc progressivement basculé du terme d'« intégration » vers celui d'« inclusion », moins connoté dans une dimension normalisatrice.

Norvège

Considérée comme pionnière sur le plan international en matière d'inclusion de son système éducatif, la Norvège a contribué à des préconisations de portée mondiale dans le même domaine. Cependant, derrière ces aspirations d'un système universel se cachent des besoins de rationalisation et de contrôle provenant du « passage de la culture marquée par des idéaux d'eugénisme et de ségrégation à une culture mue par un idéal de solidarité et d'égalité des citoyens [...] »²⁶.

C'est au XVIII^e siècle que les pays nordiques viennent chercher, en France, les sources d'un système d'aide aux personnes handicapées. Paris étant alors un lieu d'expérimentation et d'études en ce qui concerne les sourds, les aveugles et les déficients mentaux, les écoles norvégiennes prennent modèle sur celles de la France en la matière. Dans la deuxième moitié du XIX^e siècle se développent des théories de la dégénérescence où les personnes handicapées deviennent les « malades de la société ». Ces théories, basées sur les travaux de Charles DARWIN, voient d'illustres scientifiques comme Gregor MENDEL se rallier à leur cause. L'objectif annoncé est de protéger la société en isolant et en catégorisant les personnes de manière objective et scientifique. Les scientifiques voient alors la possibilité de juger de l'utilité et de la dangerosité d'une personne pouvant donner naissance à des enfants « sains ».

²⁵ *idiota* que l'on peut traduire par idiot en français

²⁶ GARDOU C. (2010), *op. cit.*, p. 301

A l'issue de la Seconde Guerre mondiale, en prenant conscience de la dangerosité de cette théorie, les norvégiens envisagent d'autres stratégies pour venir en aide aux personnes handicapées. Il se développe alors, dans les années 1960, le principe de normalisation qui vise à rompre avec la culture de l'institution et qui ouvre la société à tous par la proximité et la visibilité. Dans les années 1980, l'Etat opère un transfert de responsabilité des personnes handicapées en faveur de la commune. Bien que les règles en faveur des personnes handicapées soient incluses dans les lois relatives au travail, à l'administration, aux services sociaux, à l'éducation, à la santé, ... il faudra attendre 2009 pour qu'une loi interdise la discrimination envers les personnes handicapées. Cela montre qu'il semble exister en Norvège une grande difficulté à mettre en actes les intentions proclamées.

Bien qu'ayant légiféré en matière de discrimination, la Norvège connaît encore des manifestations d'humiliation alors qu'elle essaie de construire une société égalitaire et de faire évoluer la culture par des lois. De nombreux débats ont eu lieu, opposant deux camps : d'un côté les tenants d'un modèle médical très longtemps majoritaire prenant en considération le handicap dans les limites de la personne ; de l'autre côté les défenseurs d'un modèle social qui distingue la déficience du handicap résultant lui-même des obstacles que la société induit dans la catégorisation figée des personnes.

Les opposants au modèle médical ont permis la révision de la Classification internationale des handicaps de 1980. En 2001, la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé associe les environnements sociaux et culturels dans la compréhension médicale du handicap.

2.2.2. Regard sociologique : la place de la société humaine

« Dans le modèle social [...] le handicap est perçu comme étant principalement un problème créé par la société et une question d'intégration complète des individus dans la société. Le handicap n'est pas un attribut de la personne, mais plutôt un ensemble complexe de situations, dont bon nombre sont créées par l'environnement social »²⁷. Par cette phrase d'introduction, nous allons essayer de comprendre les réactions sociales qu'engendre le handicap.

²⁷ Organisation Mondiale de la Santé (2001), **Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap**, GENEVE : Ed. de l'OMS, 304 p.

Comme le rappelle l'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap dans son rapport de 2009, celui-ci est aujourd'hui « *une question sociale, sociétale et politique de premier plan* ». Il est important de comprendre l'impact de notre société sur le handicap, et inversement, pour comprendre les préjugés et les stéréotypes qui se développent. Les préjugés jouent un rôle prépondérant dans la discrimination.

En se basant sur une approche uniquement médicale, centrée sur l'identification de l'écart à la norme, on peut se représenter le pathologique et donc la différence. C'est ainsi, en séparant le normal de « l'infirmes » ou du « déficient », que l'on amène la stigmatisation de la différence. Ces considérations conduisent inévitablement à l'exclusion et à la pratique de l'isolement et de l'enfermement comme le décrit Michel FOUCAULT.

C'est aux Grecs, comme nous le rappelle Erving GOFFMAN, que l'on doit le terme de « stigmaté » qui désignait « *les marques corporelles destinées à exposer ce qu'avait d'inhabituel et de détestable le statut moral de la personne ainsi signalée* »²⁸. Cet usage avait pour vocation d'identifier rapidement un individu, lui conférant ainsi un statut social. C'est ainsi en nous basant sur nos anticipations que nous transformons un attribut visuel en norme sociale. Le stéréotype qui en découle conditionne ainsi la représentation de la relation à l'autre que nous nous faisons. La stigmatisation de la différence va donc nous amener à accorder un statut inférieur à la personne face à nous.

GOFFMAN décrit deux grands types de stigmatés que nous retrouvons aujourd'hui dans les catégorisations des types de handicap : le stigmaté visible et celui qui ne l'est pas. Dans le cas d'un stigmaté visible, tel que peut l'être un handicap, l'individu peut être « discrédité » par celui-ci et son problème sera alors de « *contrôler correctement l'interaction troublée par l'existence de ce stigmaté* »²⁹. En ce qui concerne le stigmaté invisible, l'individu est alors « discréditable » et il devra veiller à contrôler l'information concernant sa différence.

²⁸ GOFFMAN E. (1975), **Stigmaté : les usages sociaux du handicap**, PARIS : Les éditions de Minuit, p. 11

²⁹ ROGEL T. (1997), **La stigmatisation**, in *DEES 107*, mars 1997, pp. 53-60

Ce qui est intéressant de comprendre, c'est justement l'interaction qui va avoir lieu entre le « stigmatisé » comme le nomme GOFFMAN et le « normal ». Celle-ci est conditionnée par la perception mutuelle de l'un et de l'autre. Le stigmaté visible focalise l'attention sur lui et entraîne chez le « normal » une série d'images préfabriquées dans les premières secondes. C'est en cela que se constituent les stéréotypes. La réaction du normal peut alors être de deux types : traiter normalement le « stigmatisé », ou bien, le traiter comme une « non-personne ». Le stigmatisé, quant à lui, conditionne également l'interaction par sa perception de lui-même. Il va devoir endosser trois types d'identité : l'identité sociale, c'est-à-dire celle que les autres donnent à la vue du stigmaté ; l'identité personnelle, qui renvoie aux capacités de contrôle de l'information par rapport au stigmaté ; et enfin l'identité « pour soi » qui renvoie à la perception subjective de l'individu à l'égard de son stigmaté.

Robert MURPHY³⁰ confirme l'idée que, souvent, le stigmaté s'impose à la tentative de construction de l'identité. La situation de stigmatisé cache les autres rôles sociaux, devenant l'élément principal de la définition de l'individu. Le rôle social est alors conditionné par le stigmaté, le rendant ainsi neutre et indifférencié.

L'interaction entre le stigmatisé et le normal peut permettre de comprendre comment les interactions entre les normaux se mettent en place et la manière dont le stigmatisé va porter la responsabilité du bon fonctionnement de l'interaction. Du point de vue du normal, son attitude est parfaitement ambivalente, oscillant entre la volonté de voir l'autre comme un être humain et celle de le percevoir comme un « non-humain ». Le normal évite de se confronter au regard du stigmatisé car il sait qu'il pourrait se retrouver dans la même situation et surtout, le normal sait que l'interaction va être difficile et pénible. L'attente se porte donc sur le stigmatisé, qui se doit également d'adopter une position ambivalente : on lui demande de comprendre son statut, « d'être à part » mais néanmoins stoïque et, tout à la fois, d'être conscient des efforts que les normaux font à son égard en acceptant une aide qu'il ne demande pas.

Robert MURPHY résume cela en exprimant trois règles que la personne handicapée doit respecter : « *ne pas se plaindre et être un bon malade « héroïque » ; ne*

³⁰ MURPHY R. (1990), *Vivre à corps perdu : le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé*, PARIS : Plon, Coll. Terre Humaine, 392 p.

pas déroger aux règles de la vie courante en fonction de la gravité perçue de la maladie ; se faire soigner et tout faire pour guérir »³¹. Selon lui, ce qui fait la spécificité du handicapé, c'est justement qu'il est inclassable : il ne fait pas partie du monde des « normaux », sans pour autant y être complètement étranger ; il n'est pas en parfaite santé sans être pour autant véritablement malade ; il n'est ni mort ni totalement vivant ; il est donc en « suspension sociale ». Etant dans cet état de liminalité³², de marge sociale du fait de l'impossibilité à la classer, le handicapé se retrouve repoussé et exclu.

L'exclusion sociale est ici le fruit de la stigmatisation puis de la discrimination. Dans notre histoire, l'une des réponses accordée à cette exclusion a été la charité, volonté de partager avec les plus démunis les richesses des plus favorisés, permettant ainsi un équilibre social. A l'époque, l'amalgame entre les pauvres et les infirmes se faisait de fait, l'infirmes étant considéré comme non productif au regard de la société. Cela a ainsi ancré profondément dans notre culture la notion d'incapacité associée à l'infirmité. « *Bien des aspects de cette charité et cette condescendance persistent dans des attitudes contemporaines d'exclusion* »³³.

Les effets de cette stigmatisation et cette discrimination se retrouvent, aujourd'hui, dans la volonté d'identification administrative des personnes handicapées. On cherche maintenant à différencier les ayants-droits des dispositifs d'aides sociales des autres citoyens. Il se développe donc, comme nous le verrons par la suite, une définition administrative du handicap, reconnaissant principalement les circonstances de survenue de la maladie ou le type de lésions corporelles. Nous voyons donc que parallèlement à des théorisations du handicap, se développent des catégorisations complexes plus juridiques et administratives. Ces deux démarches se sont ignorées longtemps, engendrant parfois des incohérences telles que la loi de 1975³⁴, qui oubliait de définir le handicap, laissant aux commissions départementales la mission de le définir et d'en chiffrer l'importance.

³¹ ROGEL T. (1997), op. cit.

³² La liminalité constitue la deuxième étape des rites de passage développés dans la théorie de Arnold VAN GENNEP en 1909. Cette étape est la période du rituel pendant laquelle, l'individu n'a plus son ancien statut et pas encore son nouveau statut.

³³ HAMONET C. (2010), op. cit. p. 32

³⁴ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

2.2.3. *Le ressenti face au handicap*

Nous avons balayé jusqu'à maintenant différents points de vue pour comprendre ce qui constitue le handicap et ses enjeux dans les sociétés humaines. Pour conclure cette partie, nous avons choisi de terminer par une approche essentielle : celle qui se centre sur l'individu lui-même, car pour comprendre les enjeux de la place faite aux personnes handicapées dans notre société, il est important de comprendre également ce qui va conditionner leur mode de relation aux autres.

Selon Simone KORFF-SAUSSE, le handicap revêt un double caractère : il est « *d'une part irrémédiable et d'autre part inscrit dans l'organicité* »³⁵. Ce handicap va donc se confronter à l'histoire de l'individu comprenant son passé, ses souvenirs, ses accomplissements et ses échecs. Tout ce qui le constitue est modifié, transformé. La survenue et/ou l'annonce d'un handicap vont modifier l'existence d'un individu et de son entourage. L'aspect irrémédiable et l'inscription dans le corps lui-même conduisent la personne à entamer un processus de deuil pouvant mener à l'acceptation.

Le travail de deuil, processus psychique introduit par Sigmund FREUD³⁶, a conduit à de nombreuses déclinaisons et définitions de ce processus psychique. Nous retiendrons qu'il constitue donc « *l'ensemble des réactions physiques, psychologiques, affectives et comportementales consécutives à toute perte significative* »³⁷. Bien que le deuil soit un phénomène normal et universel, toute perte d'un objet d'attachement (personne proche, santé, condition sociale) peut s'accompagner de ce travail. Il est universel mais néanmoins singulier car il est propre à chacun. « *D'une certaine façon, c'est plus l'importance de l'investissement que la nature même de qui ou de ce qui est perdu qui est ici en cause* »³⁸. On peut décomposer ce travail en plusieurs phases, pour cela nous retiendrons l'approche de Michel HANUS qui le décrit en 3 phases :

- L'état de choc qui se manifeste par un abattement et une expression émotionnelle importante. On peut observer une sidération qui marque la période par une absence de réaction et une attitude hébétée. Les réactions qui accompagnent cette phase sont

³⁵ KORFF-SAUSSE S. (2012), **Approche psychanalytique du handicap**, in Le carnet PSY, 2012/1 n° 159, p. 24-27

³⁶ FREUD S. (1988), **Deuil et mélancolie**, in *Œuvres complètes, tome VIII*, PARIS : PUF

³⁷ PHILIPPIN Y. (2006), **Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique**, in *Revue internationale de soins palliatifs*, 2006/4 vol. 21, pp. 163-166

³⁸ HANUS M. (1994), **Les deuils dans la vie – Deuils et séparation chez l'adulte et chez l'enfant**, PARIS : Maloine, 331 p.

le déni, la colère ou bien encore l'agressivité qui permettent à une personne de se protéger et d'assimiler progressivement les informations.

- L'état dépressif du deuil qui constitue la phase centrale et qui correspond à un état dépressif réactionnel. La conscience de la perte est maintenant omniprésente. On peut observer une réduction de l'élan vital, un ralentissement du cours de la pensée, une perte d'initiative, etc... caractéristiques de la symptomatologie dépressive. La douleur morale et l'anxiété sont également présentes.
- La phase de rétablissement terminale est l'ultime étape du deuil. Elle marque la fin du travail avec un rétablissement des intérêts abandonnés et l'établissement de nouvelles relations. Cette étape constitue l'étape d'acceptation de la perte.

2.3. Evolution des politiques en matière de handicap

2.3.1. La tranquillité sociale

Dans l'histoire, c'est d'abord sous l'angle de la réparation que l'on peut voir les premières mesures en faveur des « infirmes ». Le but était essentiellement le maintien d'un équilibre social qui devait s'obtenir afin de combattre l'anarchie liée à l'affluence de population migrante en Mésopotamie vers 1790 avant J.C³⁹. La notion de vengeance, comme on peut le lire dans la loi du Talion⁴⁰, était alors vue comme un progrès car elle venait rétablir un déséquilibre social en offrant la possibilité de se voir « réparer » par l'imputation d'une infirmité similaire à celle occasionnée au préalable.

C'est à partir du Moyen-Âge que l'on voit apparaître les premiers « Hôtel-Dieu »⁴¹. Ils avaient pour vocation d'accueillir, dans un esprit de charité chrétienne, les infirmes, les aveugles, les paralytiques, les fous, les pauvres et les miséreux qui étaient exclus du système social. A cette époque, on estime que les personnes handicapées ne sont pas en mesure de subvenir à leurs besoins. Il faut donc créer des lieux accueillants leur permettant de survivre dans un milieu hostile qui ne veut pas d'eux.

³⁹ HAMONET Claude (2010), **Les personnes en situation de handicap – 6^e édition**, Paris : PUF, Collection : Que sais-je ?, p.79

⁴⁰ « Si un homme blesse un compatriote, comme il a fait on lui fera : fracture pour fracture, œil pour œil, dent pour dent »

⁴¹ **La politique du handicap, Chronologie** in < <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-handicap/chronologie/> > [consulté le 29/12/2011]

A partir du XIV^e siècle, l'esprit charitable de la création d'espaces accueillant les plus démunis se transforme peu à peu en un sentiment de peur et un besoin de maintien de l'ordre public : cette frange misérable de la population se voit cantonnée en des lieux fermés dans le but de l'isoler du reste de la société. C'est dans ce contexte que se crée à Paris, l'Hôpital Général par l'édit du 27 avril 1656. L'idée de séparation de la société inscrit alors « *au principe d'une politique officielle d'assistance où se marque le rôle croissant de l'Etat dans la charité publique* »⁴². Cette politique d'isolement sera proscrite au courant du XVIII^e siècle car accusée de favoriser les épidémies.

Parallèlement, de grandes institutions nationales comme l'Institution des Invalides (pour les mutilés de guerre), l'Hôpital des Quinze-Vingt (créé par Saint-Louis pour les troubles de la vision) ou l'Institution Nationale de Saint-Maurice (pour la rééducation fonctionnelle) verront le jour au fil des siècles. Ces grandes institutions ont pour but de fournir des soins spécialisés à des pathologies bien ciblées.

2.3.2. Le droit à la réparation et à la réinsertion professionnelle

Anciennement ancrée dans une politique d'isolement puis d'assistanat, on voit apparaître au courant du XX^e siècle une logique de reconnaissance d'un droit à la réparation. Une loi datant de 1898⁴³ met en place pour la première fois une assurance spécifique permettant le versement d'indemnités en cas d'infirmités acquises au travail. C'est au décours de la guerre de 1914-1918 que s'est vraiment imposée une nouvelle représentation de l'infirmité⁴⁴. Cette nouvelle forme que prend l'infirmité sera traitée par la notion de « réadaptation ». Le Ministère des Anciens Combattants va alors mettre en place un barème d'évaluation des handicaps permettant de calculer les pensions d'invalidité des mutilés de guerre.

C'est en 1924⁴⁵ que l'on voit apparaître une nouvelle obligation pour les entreprises d'embaucher des mutilés de guerre : « *il s'agit de la première mesure législative*

⁴² VALADE Bernard, **Hôpital général**, in *Encyclopedia Universalis en ligne*,

< <http://www.universalis-edu.com.ezproxy.u-pec.fr/encyclopedie/hopital-general/> > [consulté le 03/03/2012]

⁴³ Loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail

⁴⁴ STIKER Henri-Jacques (2005), **Corps infirmes et sociétés : essais d'anthropologie historique – 3^e édition**, Paris : DUNOD, p. 131

⁴⁵ Loi du 26 avril 1924 assurant l'emploi obligatoire des mutilés de guerre

d'importance concernant l'emploi des « travailleurs handicapés »⁴⁶. Il est alors imposé à certaines entreprises d'embaucher au minimum 10 % de mutilés de guerre parmi son personnel. La pénurie d'hommes rencontrée durant, et au sortir de la guerre, a rendu indispensable la réinsertion professionnelle des mutilés. C'est par la création de la Sécurité sociale par l'ordonnance du 4 octobre 1945 que l'effort de prise en charge des travailleurs et des risques encourus se verra étendu aux non-salariés.

2.3.3. Reconnaissance du « handicap »

C'est par la loi de 1957⁴⁷ consacrée au « reclassement professionnel des personnes handicapées » que l'on voit apparaître pour la première fois le terme de « handicap ». Celui-ci est d'un usage assez récent en France, puisque l'on peut observer qu'il devient courant à partir des années 70. Auparavant, cette notion était multiforme, prenant tour à tour les terminologies d'infirmité, d'invalidité, de déficiences, etc. Cette loi va présenter une évolution majeure car elle vient définir le statut et la qualité de « travailleur handicapé » et étendre les mesures de réinsertion non plus uniquement aux mutilés de guerre mais également aux invalides civils. Il est alors inscrit la différenciation entre les catégories de personnes souffrant d'un handicap et la définition d'une situation de handicap au travail⁴⁸.

Un autre des tournants majeurs dans la politique liée au handicap est marqué par la promulgation de deux lois le 30 juin 1975 : l'une instaurant les règles de fonctionnement des institutions sociales et médico-sociales⁴⁹ et l'autre étant une loi d'orientation en faveur des personnes handicapées⁵⁰. Ces deux textes complémentaires vont permettre d'instaurer de nombreuses mesures et principes en fixant le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics ; entre autres, on pourra noter dans le cadre qui nous intéresse actuellement, la création des commissions départementales en charge de la reconnaissance du handicap, les COTOREP⁵¹.

⁴⁶ ROMIEN Pierre (2005), **A l'origine de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées : la prise en charge des invalides de guerre**, in *Revue Française de Affaires Sociales* n° 2-2005 (n°2), p. 229-247

⁴⁷ Loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés

⁴⁸ « Est considéré comme travailleur handicapé pour bénéficier des dispositions de la présente loi, toute personne dont les possibilités d'acquies, ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ».

⁴⁹ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

⁵⁰ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

⁵¹ Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel

Le bilan, quelques années après la mise en place de ces mesures, montrera qu'il existe un véritable problème dans la terminologie du handicap. La diversité des régimes de compensation et de réparation semble être un véritable problème. En effet, il paraît poser une sorte de hiérarchie dans les avantages sociaux découlant des circonstances de survenue du handicap et non sur les conséquences du fonctionnement individuel et de la vie courante.

C'est en 1987⁵² qu'une nouvelle loi en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés permettra de passer à une obligation d'emploi de travailleurs en situation de handicap, à temps plein ou partiel, à 6 % de la masse salariale totale des entreprises de plus de 20 salariés. La création de l'AGEFIPH⁵³ sera la mesure la plus significative de ce texte. Sous contrôle de l'Etat, ce fonds aura pour mission de gérer, en association avec les syndicats et les associations de personnes handicapées, la redistribution des contributions versées par les entreprises ne respectant pas la loi. Ces contributions privées seront récoltées par cet organisme dans le but d'être redistribuées en faveur de l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

Il faudra attendre la loi de 2005⁵⁴ pour que ces contributions en faveur de l'insertion des personnes handicapées s'étendent au domaine public. Pour beaucoup, cette loi n'est qu'une actualisation de la loi d'orientation de 1975. Elle vient combler quelques vides, notamment concernant la définition de handicap qui manquait auparavant. Celui-ci a maintenant une existence juridique qu'il n'avait pas jusque-là. Le second point-clé de cette loi est le principe de non-discrimination qu'elle met en avant : ce principe se veut être un levier juridique contre le rejet des personnes handicapées⁵⁵.

⁵² Loi n°87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés

⁵³ Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

⁵⁴ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

⁵⁵ HAMONET Claude, op. cit., p. 98

3. LE CADRE REGLEMENTAIRE ET LEGISLATIF

Cette loi du 11 février 2005, fondée sur le principe de non-discrimination, se veut être une réforme de la loi d'orientation de 1975. Elle est axée sur 5 objectifs principaux⁵⁶ :

- Le droit à la compensation qui permet la prise en charge par la collectivité des dépenses liées au handicap (aides humaines et techniques) ;
- L'insertion professionnelle en prévoyant l'extension au secteur public des mesures d'incitations ou de sanctions alourdies pour faire respecter l'obligation d'emploi d'un quota de 6 % de travailleurs handicapés dans une entreprise
- Le renforcement de l'accessibilité obligatoire aux espaces publics, aux transports et aux cadres bâtis neufs pour les personnes handicapées
- La simplification administrative avec la création des MDPH⁵⁷ et d'un « guichet unique » représenté par la CDAPH⁵⁸

3.1. La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

En créant les MDPH, la loi de 2005 crée donc un guichet unique pour les personnes handicapées afin qu'elles puissent trouver accueil, informations et conseils nécessaires pour formaliser toutes leurs demandes. L'instance décisionnaire mise en place sera la CDAPH, reprenant les missions auparavant dévolues à la COTOREP et à la CDES⁵⁹, respectivement en charge des travailleurs handicapés et de la scolarisation des enfants et adolescents handicapés.

Cette commission, sur la base de l'évaluation par une équipe pluridisciplinaire des souhaits de la personne handicapée ou de son entourage et du projet de vie, prend les décisions relatives aux droits de la personne, notamment en matière d'attribution des prestations et d'orientation⁶⁰. Elle devient donc l'interlocuteur principal des personnes qui demandent une reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés.

⁵⁶Loi du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées < <http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-vote/loi-du-11-fevrier-2005-pour-egalite-droits-chances-participation-citoyennete-personnes-handicapees.html> >; [consulté le 7/04/2012]

⁵⁷ Maisons Départementales des Personnes Handicapées

⁵⁸ Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

⁵⁹ Commission Départementale de l'Education Spéciale

⁶⁰ Article L. 146-9 du Code de l'action sociale et des familles

Depuis 1957, la détermination des personnes pouvant bénéficier d'une RQTH a évolué, introduisant maintenant la différenciation des grands types de fonctions organiques, puisque l'on considère comme travailleur handicapé « *toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par la suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques* »⁶¹.

La CDAPH peut assortir l'attribution de la RQTH d'une orientation professionnelle vers le milieu ordinaire du marché du travail, vers le milieu protégé en ESAT ou bien vers un centre de rééducation professionnelle pour une formation. Cette disposition a été introduite afin d'assurer à tout travailleur handicapé une orientation professionnelle et pour améliorer l'action des acteurs du placement dans l'emploi que sont le Pôle Emploi et Cap Emploi.

La qualité de travailleur handicapé est attribuée pour une durée allant de 1 à 5 ans, avec obligation de faire la demande de renouvellement au moins 6 mois avant la date d'expiration. Cette RQTH permet de faire partie des bénéficiaires de l'obligation d'emploi de 6 % imposée aux entreprises privées et publiques d'au moins 20 salariés. Cependant une RQTH n'est pas obligatoire pour être considéré comme bénéficiaire de l'obligation d'emploi.

3.2. L'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH)

L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés a été posée par la loi du 10 juillet 1987⁶² et modifiée de façon importante par la loi du 11 février 2005. Le quota de 6 % d'agents handicapés ne change pas, en revanche la nouveauté est constituée par l'extension de l'OETH imposée au secteur public.

3.2.1. Les bénéficiaires de l'obligation d'emploi (BOE)

Les personnes pouvant prétendre à intégrer la liste des bénéficiaires de l'obligation d'emploi sont définies par l'article L. 5212-13 du Code du travail. On y retrouve :

1. les travailleurs reconnus handicapés par la CDAPH et ayant obtenus une RQTH

⁶¹ Article L. 5213-1 du Code du travail

⁶² Loi n°87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés

2. les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant un taux d'incapacité au moins égal à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre d'un régime de protection sociale
3. les titulaires d'une pension d'invalidité
4. les anciens militaires et assimilés, titulaires d'une pension militaire d'invalidité, les veuves de guerre non remariées titulaires d'une pension ou les orphelins de guerre âgés de moins de 21 ans
5. les sapeurs-pompiers volontaires titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité
6. les titulaires de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH)
7. les titulaires de la carte d'invalidité

Il est à noter que, dans la Fonction Publique, cette obligation d'emploi est complétée par d'autres bénéficiaires :

8. les titulaires d'un emploi réservé⁶³
9. les agents reclassés dans des emplois d'un autre corps, après avoir été reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions, suite à l'altération de leur état physique et lorsque l'adaptation du poste de travail n'a pas été possible
10. les agents bénéficiant d'une allocation temporaire d'invalidité

Compte tenu de notre problématique circonscrite à la Fonction Publique Hospitalière, nous ne développerons par la suite que les dispositifs relatifs à la fonction publique.

3.2.2. Le Fonds d'Insertion pour les Personnes Handicapées de la Fonction Publique

Le Fonds d'Insertion des Personnes Handicapées de la Fonction Publique (FIPHFP) est créé par la loi du 11 février 2005 afin de collecter les contributions versées par les établissements publics ne respectant pas les obligations qui leur sont imposées. Ce fonds est placé sous la tutelle de l'Etat et géré par la Caisse des dépôts et consignations. Il est

⁶³ Selon la « loi n° 2008-492 du 26 mai 2008 relative aux emplois réservés et portant dispositions diverses relatives à la défense », les emplois réservés concernent deux catégories de personnes : d'une part les pensionnés de guerre civils et militaires et les personnes assimilées, leur conjoint survivant, leurs orphelins et leurs enfants ainsi que les enfants de Harkis ; ce sont les bénéficiaires prioritaires ; d'autre part les militaires en activité ou libérés depuis moins de trois ans.

commun aux trois fonctions publiques et divisé en trois sections correspondant respectivement aux Fonctions Publiques d'Etat, territoriale et hospitalière.

Tous les employeurs publics, à l'exception des établissements publics à caractère industriel ou commerciaux (rattachés à l'AGEFIPH), peuvent solliciter le concours de ce fonds. Ses missions sont de :⁶⁴

- favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées au sein des trois fonctions publiques,
- permettre la formation et l'information des agents en relation avec des personnes handicapées.

Les interventions du FIPHFP en faveur des employeurs publics sont les suivantes :

- aménagements des postes de travail et les études nécessaires à ceux-ci,
- rémunérations versées aux agents chargés d'accompagner une personne handicapée dans l'exercice de ses fonctions professionnelles ou les prestations équivalentes servies par des organismes de droit privé,
- aides versées aux employeurs publics afin d'améliorer les conditions de vie des travailleurs handicapés qu'ils emploient et destinées à faciliter leur insertion professionnelle,
- aides versées à des organismes contribuant, par leur action, à l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la Fonction publique,
- formation et information des travailleurs handicapés,
- formation et information des personnels susceptibles d'être en relation avec les travailleurs handicapés,
- outils de recensement des bénéficiaires de l'obligation d'emploi,
- dépenses d'études entrant dans la mission du fonds,
- adaptations des postes de travail destinés à maintenir dans leur emploi les agents reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions.

En 2008, le FIPHFP et l'AGEFIPH⁶⁵ ont signé une convention de coopération leur permettant à terme de disposer d'outils et de services communs.

⁶⁴ Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, **Guide pratique – L'emploi des personnes handicapées – 3^e édition**, Paris : La Documentation Française, 2010, 496 p.

3.2.3. La Déclaration annuelle d'obligation d'emploi des travailleurs handicapés

Cette déclaration annuelle relative aux emplois occupés par les BOE est adressée au plus tard au 30 avril auprès du comptable du Trésor Public, accompagnée du paiement de la contribution⁶⁶. La Caisse des dépôts et consignations est chargée du contrôle des déclarations et peut être amenée à demander à l'employeur public de fournir les éléments nécessaires à la justification de ladite déclaration.

Le calcul de l'obligation d'emploi des établissements publics est défini par la loi de 2005 sur la base :

- Du calcul du taux de 6 % de l'effectif total de l'établissement constitué par l'ensemble des agents rémunérés au 1^{er} janvier de l'année, chaque agent comptant pour une unité ;
- De l'effectif des bénéficiaires de l'obligation d'emploi cités auparavant. Chaque agent devant être employé au 1^{er} janvier de l'année et comptant pour une unité.

Les employeurs publics peuvent s'acquitter de l'obligation d'emploi de 3 manières différentes :

- En embauchant directement des personnes bénéficiaires de l'obligation d'emploi
- En passant des contrats de fournitures de sous-traitance ou de prestations de services avec des entreprises adaptées, des centres de distribution de travail à domicile ou des établissements et services d'aide par le travail donnant droit à l'attribution d'équivalences d'unité de décompte de BOE
- En versant une contribution annuelle pour chacun des BOE qu'ils auraient dû employer, c'est à dire une prime pour le non-respect d'emploi de travailleurs handicapés.

Il existe également d'autres moyens de déduire un certain nombre de dépenses prises en compte dans la déclaration annuelle que nous ne détaillerons pas ici pour ne pas alourdir la compréhension du dispositif global d'emploi des personnes en situation de handicap.

⁶⁵ Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées créée par la Loi n°87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés. Il s'agit de l'organisme collecteur des contributions versées par le secteur privé en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

⁶⁶ Article L. 323-8-6-1 du Code du travail

3.3. Travailler en milieu ordinaire

3.3.1. Le principe de non-discrimination

Réaffirmé par la loi du 11 Février 2005, ce principe de non-discrimination en matière d'emploi a pour objectif de garantir aux personnes handicapées un égal traitement dans l'accès à l'emploi et au travail. Il s'agit, pour les personnes handicapées, de pouvoir participer pleinement à la vie sociale et économique de la société dans laquelle ils évoluent. Elles bénéficient en outre d'une protection fondamentale en terme de recrutement, du maintien ou de l'évolution dans l'emploi. Le non-respect de ce principe expose l'employeur à des sanctions pénales et civiles.

Par la suite, la loi du 27 mai 2008⁶⁷ a mis en conformité le droit français avec les directives communautaires en matière de lutte contre les discriminations. Elle a ainsi redéfini la notion de discrimination en matière de travail et d'emploi fondée sur le handicap. On peut en distinguer ainsi deux types : la discrimination directe sur une personne elle-même handicapée ou bien une discrimination indirecte sur un salarié non-handicapé mais ayant un proche porteur d'un handicap.

Le principe de non-discrimination, défini par l'article L. 1132-1 du Code du travail, stipule « *qu'aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, [...] notamment en matière de rémunération [...] de mesures d'intéressement ou de distribution d'actions, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat en raison de son origine, de son sexe, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son âge, de sa situation de famille ou de sa grossesse, de ses caractéristiques génétiques, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation ou une race, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales ou mutualistes, de ses convictions religieuses, de son apparence physique, de son nom de famille ou en raison de son état de santé ou de son handicap* ».

⁶⁷ Loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations

Ce principe de non-discrimination s'applique donc de l'embauche à la rupture de contrat tout au long de la carrière professionnelle d'un salarié. Le handicap ne peut donc pas être pris en compte en matière d'embauche, de rémunération, de sanction disciplinaire, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de promotion professionnelle, de renouvellement de contrat ou de licenciement.

Cependant, il est également prévu une exception fondée sur l'inaptitude du salarié qui implique que « *les différences de traitement fondées sur l'inaptitude constatée par le médecin du travail en raison de l'état de santé ou du handicap ne constituent pas une discrimination lorsqu'elles sont objectives, nécessaires et appropriées* ». Autrement dit, l'article 1133-3 du Code du travail prévoit la notion de discrimination dite positive en faveur d'un salarié qui bénéficie de mesures de compensation destinées à permettre le rattrapage de certaines inégalités (aménagement du poste de travail, des horaires par exemple) : dans ce cas, la différence de traitement ne peut être reproché à l'employeur.

3.3.2. Les conditions d'emploi

Comme tout travailleur salarié, un travailleur handicapé en milieu ordinaire bénéficie de toutes les dispositions règlementaires et légales du droit commun. En revanche, il dispose également de mesures visant à l'égalité des chances et de traitement vis-à-vis des salariés valides au travail. En outre, l'article L. 5213-6 du Code du travail prévoit que les employeurs sont tenus de prendre les « *mesures appropriées pour permettre aux travailleurs handicapés d'accéder à l'emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification [...]* ». Il s'agit donc ici du corollaire positif du principe de discrimination qui nous ramène au cas particulier d'une différence de traitement d'un salarié handicapé en sa faveur afin de lui permettre un égal accès à l'emploi.

Cette notion de « mesures appropriées » suppose que l'analyse des besoins soit effectuée de manière individuelle afin de correspondre aux besoins spécifiques de la personne. Ces mesures ne se limitent pas à l'aménagement ergonomique du poste de travail mais concernent également l'aménagement des locaux, l'organisation de la charge de travail (rythmes et tâches), la sensibilisation des équipes ou la mise en place d'aides humaines pour l'accompagnement ou le tutorat.

L'étude des besoins spécifiques de la personne doit donc se faire en tenant compte des déficiences, de l'autonomie acquise, du poste occupé (ou postulé dans le cas d'une embauche), de la formation et de l'environnement (humain, infrastructure et matériel) de travail. Cependant, l'article sus-cité du Code du travail prévoit également que ces mesures appropriées, dont il envisage l'étendue de manière floue, ne doivent pas constituer une charge disproportionnée. En effet la notion de proportionnalité des charges consécutives à la mise en œuvre de mesures appropriées ne fait l'objet d'aucune définition, laissant cela à la libre appréciation de l'employeur. Il paraît judicieux toutefois de prendre en compte les coûts financiers qu'impliquent les mesures à prendre, la taille et la responsabilité financière de l'organisation ou de l'entreprise et la possibilité d'obtenir des aides à l'emploi.

3.3.3. Favoriser l'emploi

En matière d'emploi public, comme nous l'avons vu précédemment, le FIPHP assure le financement des aides individualisées au regard de projets d'accompagnement dans l'emploi mais également dans le cadre de conventionnement avec des établissements publics. Ces conventions ont pour but de favoriser la mise en œuvre d'une politique du handicap afin de développer une politique interne à l'établissement visant à promouvoir et accompagner l'emploi de personnes en situation de handicap. La signature de tels engagements contractuels permet aux établissements conventionnés de recevoir les financements de manière régulière, afin de décliner au fil des années la politique handicap développée dans le contrat de conventionnement. Ces contrats sont établis pour une durée de 3 ans et renouvelables à condition que l'employeur public fournisse un bilan des actions menées auparavant.

3.3.4. Le recrutement

Dans le champ de l'insertion professionnelle, d'autres acteurs clés entrent en jeu lorsqu'il s'agit de recrutement par exemple. Le Pôle Emploi ou bien Cap Emploi assurent une partie du service public de l'emploi réformé en 2008⁶⁸.

Les missions du Pôle Emploi s'exercent aussi bien auprès des personnes en recherche d'emploi que de celles qui sont en activité et qui souhaitent faire évoluer leur carrière professionnelle. Il peut également être sollicité pour accompagner les entreprises privées comme publiques dans leurs démarches de recrutement : analyse des besoins,

⁶⁸ Loi n° 2008-126 du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi

sélection des candidats ou information sur les mesures d'aide à l'embauche. Etant l'interlocuteur principal en matière d'emploi, il est également en mesure de fournir divers services spécialisés pour assister les travailleurs handicapés (sélection d'offres d'emploi, mises en relation avec les employeurs, etc.). Mais cet accompagnement des travailleurs handicapés dans leurs démarches de recherche d'emploi, quels que soit la nature ou le niveau du handicap, doit également se faire en partenariat.

D'autres organismes comme les Cap Emploi, « *organismes de placement spécialisés en charge de la préparation, de l'accompagnement et du suivi durable dans l'emploi des personnes handicapées [...]* »⁶⁹, proposent une offre de service à destination des employeurs publics et privés et des travailleurs handicapés. Par la signature de conventions avec les financeurs que sont le Pôle Emploi, l'AGEFIPH et le FIPHFP, ces organismes permettent aux travailleurs handicapés de définir leur projet professionnel. Ils accompagnent les travailleurs dans des bilans de compétences, des formations et dans la recherche d'un emploi. Du côté des employeurs, ils informent sur les modalités de recrutement des travailleurs handicapés, aident à la définition du poste (compétences, conditions d'aptitude, etc.), à l'établissement de partenariats et au montage de dossiers.

3.3.5. Le maintien dans l'emploi

Le deuxième versant d'une politique handicap dans un établissement concerne le maintien dans l'emploi de travailleurs en situation de handicap. Lorsqu'un agent, au sein de la fonction publique hospitalière, n'est plus en mesure d'exercer ses fonctions de manière permanente ou temporaire, celui-ci bénéficie d'une protection. Dans un premier temps, son poste de travail doit être adapté à son état physique. Dans un deuxième temps, si cette adaptation est impossible, il peut être affecté à un autre poste de grade équivalent ou reclassé dans un emploi d'un autre corps. Enfin dans un troisième temps si le reclassement ne peut être envisagé de suite, il peut être mis en disponibilité.

Afin de déterminer une inaptitude, le rôle du médecin du travail, dans la dimension préventive des conditions de travail des salariés, est essentiel. Au sein de la Fonction Publique Hospitalière, son rôle est incontournable car il est « *habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutation ou transformation de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé* »

⁶⁹ Article R. 5213-7 du Code du travail

*physique ou mentale [...] »*⁷⁰. L'employeur se voit alors tenu de suivre les recommandations faites par le médecin du travail.

Dans cette démarche de maintien dans l'emploi et d'adaptation du poste de travail, travailleurs comme employeurs peuvent recourir à l'assistance des Services d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH). Ces derniers peuvent accompagner les salariés reconnus handicapés ou en passe de l'être et qui sont menacés d'inaptitude à leur poste de travail du fait de l'altération de leur état de santé. 3 niveaux de services peuvent être alors proposés :

- Service d'information sur les démarches et les dispositifs existants
- Service de facilitation pour aider à la mise en œuvre d'une solution existante et identifiée
- Service d'ingénierie pour la recherche et la mise en œuvre de toutes les solutions possibles pour permettre le maintien dans l'emploi.

Il est important de comprendre que la notion de maintien dans l'emploi n'est pas un maintien sur un poste mais dans un emploi rémunéré au sein d'un établissement, dans notre cas public. Le reclassement professionnel est une obligation faite à la Fonction Publique : *« lorsque les fonctionnaires sont reconnus [...] inaptes à l'exercice de leurs fonctions, le poste de travail auquel ils sont affectés est adapté à leur état physique. Lorsque l'adaptation du poste n'est pas possible, ces fonctionnaires peuvent être reclassés dans des emplois d'un autre corps s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes »*⁷¹. Le reclassement revêt 2 aspects :

- L'adaptation des fonctions de l'agent qui est reclassé au sein de la fonction publique dont il dépend
- Le détachement qui peut être sollicité pour le reclassement dans une autre fonction publique

3.4. La formation professionnelle

En appliquant toujours le même principe d'égalité des chances et de traitement des salariés du milieu ordinaire, les travailleurs handicapés bénéficient de l'application du droit

⁷⁰ Article L. 4624-1 du Code du Travail

⁷¹ Article 71 à 75 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

commun en matière de formation professionnelle et donc de l'accès de manière équitable aux différents dispositifs. Cependant, compte tenu de leur situation, ils peuvent bénéficier d'actions spécifiques en partenariat avec des prestataires comme l'AFPA⁷² ou bien encore le Pôle Emploi.

3.4.1. Formations de droits communs

Comme le précise l'article 6112-3 du Code du travail, « *les personnes handicapées et assimilées [comprendre les bénéficiaires de l'obligation d'emploi explicités auparavant] ont accès à l'ensemble des dispositifs de formation prévus dans la présente partie dans le respect du principe d'égalité de traitement, en prenant les mesures appropriées* ».

En conséquence, il s'avère nécessaire de permettre l'accès en appliquant des modalités particulières prenant en compte le handicap. Ces adaptations peuvent être individuelles ou collectives pour un groupe de personnes ayant des besoins similaires. « *Les actions de formation professionnelle [...] prévoient donc un accueil à temps partiel ou discontinu ainsi qu'une durée et des modalités adaptées de validation de la formation professionnelle [...]* »⁷³. Les méthodes et outils pédagogiques peuvent donc également être adaptés au handicap. Enfin, la manière de sanctionner la validation des connaissances est à l'appréciation des organismes de formation, qui doivent de façon analogue, apporter une réponse appropriée aux besoins individuels ou collectifs.

Les organismes capables de dispenser ce type de formations peuvent recevoir des informations sur les adaptations à apporter par la personne elle-même ou d'autres services comme :

- Le service public de l'emploi (Pôle Emploi, etc.)
- Les organismes de placement spécialisé dans l'accès à l'emploi (Cap Emploi, etc.)
- Les organismes participant à l'élaboration d'un projet d'insertion sociale ou professionnelle (UEROS⁷⁴, SAVS⁷⁵, CDAPH, Centres de pré-orientations, etc.)

Ainsi, tout travailleur handicapé dispose des mêmes droits en matière de formation professionnelle qu'un salarié en milieu ordinaire concernant la validation des acquis

⁷² AFPA : Association pour la Formation Professionnelle des Adultes

⁷³ Article L. 5211-4 du Code du travail

⁷⁴ UEROS : Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle

⁷⁵ SAVS : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale

d'expérience, la formation tout au long de la vie, le congé individuel de formation, le droit individuel à la formation ou bien encore les stages de formation professionnelle. Bénéficiant d'une adaptation au cas par cas, nous ne rentrerons pas dans les détails de ces dispositifs de droit commun. Il est cependant à noter une particularité en matière de financement des stages de formations professionnelle, puisque la rémunération des stagiaires peut être assurée par l'Etat ou les régions dans le cas de « *stages en direction des travailleurs handicapés [comprendre bénéficiaires de l'obligation d'emploi] [...]* »⁷⁶.

3.4.2. Formations spécifiques

Dans le cas où des formations de droit commun ne peuvent être adaptées aux besoins d'un travailleur handicapé, il bénéficie également d'actions spécifiques de formation ayant pour but l'insertion ou la réinsertion professionnelle, le maintien dans l'emploi, le développement des compétences et la promotion sociale. « *Tout travailleur handicapé peut bénéficier d'une réadaptation, d'une rééducation ou d'une formation professionnelle* »⁷⁷. Ces formations ont la particularité d'être souvent plus longues et s'adaptent au rythme d'apprentissage des personnes.

Ces actions de formation spécifiques au handicap peuvent passer par différents modes de prises en charge :

- Les centres de pré-orientation professionnelle (à compétences interdépartementales ou régionales) rattachés ou non à des centres de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle sur orientation de la CDAPH ;
- Les centres de rééducation professionnelle permettant de suivre des formations adaptées au rythme de travail de la personne et dont la durée est plus longue que pour les formations de droit commun ;
- Les stages de formation agréés permettant à des personnes handicapées de s'insérer professionnellement, d'acquérir de nouvelles qualifications ou de préparer une nouvelle activité professionnelle ;
- L'AFPA, premier organisme de formation professionnelle qualifiante, très engagée dans la formation et la réinsertion des travailleurs handicapés et proposant des parcours individualisés et des formations adaptées

⁷⁶ Article L. 6341-3 du Code du travail

⁷⁷ Article L. 5213-3 du Code du travail

- L'apprentissage aménagé ayant pour but de donner aux jeunes travailleurs une formation générale en vue de l'obtention d'une qualification professionnelle sanctionnée par un diplôme. Ce mode d'enseignement n'a rien de spécifique mais de nombreux aménagements des conditions d'apprentissage peuvent être effectués tels que la durée totale de formation, le matériel pédagogique ou bien le matériel collectif.

3.5. Les chiffres de l'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique

En 2009, nous avons pu constater que l'effectif total des personnels de la fonction publique (FP) s'élevait à 4 691 350 agents, chiffres tenant compte de l'effectif des agents publics soumis à l'obligation d'emploi. Parmi ces agents 920 970 travaillaient dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH), ce qui représente 19,63 % des agents publics. Parmi ces agents de la FPE, 42 122 agents étaient bénéficiaires de l'obligation d'emploi ce qui représente un taux direct d'emploi de 4,57 % en 2009.

Ces chiffres sont en net progrès sur l'année 2010 puisque le nombre d'agents de la FPH est passé à 939 261 et que le nombre de bénéficiaires de l'obligation d'emploi s'élevait à 44 513, représentant un taux d'emploi direct de 4,74 %.

L'évolution entre 2009 et 2010 montre une progression du nombre de bénéficiaires de l'obligation d'emploi de 3,2 %. Cette évolution est croissante depuis 2006 car on peut constater que le taux direct de bénéficiaires de l'obligation d'emploi, c'est à dire le nombre de personnes physiques directement employées comme agents publics, a augmenté de 41,2 % entre 2006 et 2011.

D'après les déclarations des employeurs, le FIPHFP a publié des données sur le nombre de recrutements de personnes souffrant d'un handicap réalisés dans la FPH qui était de 1 379 recrutements en 2009. En 2010, ce chiffre est en augmentation de 55,18 % puisque 2 140 travailleurs handicapés ont été recrutés. Les maintiens dans l'emploi suivent une évolution similaire puisque l'on peut constater entre 2009 et 2010, une augmentation de 73,68 %.

Le rôle de Cap Emploi est important dans l'accompagnement des travailleurs handicapés et le placement chez les employeurs de la FP puisque l'on peut constater que depuis 2008, l'évolution est positive tous les ans. En 2010, 8 514 personnes ont été placées contre 9 110 en 2011, marquant une évolution de 7 %.

Comme nous l'avons vu précédemment, il existe un autre moyen de satisfaire à l'obligation d'emploi qui consiste à favoriser l'établissement de contrats de fournitures, de sous-traitance ou de prestations de services passés avec des entreprises du secteur protégé. Entre 2005 et 2010, la FPH a vu ses dépenses augmenter de 55,98 % contre 59 % pour l'ensemble de la fonction publique.

Au sein de la FPH, la répartition par genre montre qu'en 2009, 71 % des travailleurs handicapés étaient des femmes et 29 % des hommes contre 73 % de femmes et 27 % d'hommes en 2010.

4. L'ENQUETE DE TERRAIN

Dans le cadre théorique que j'ai développé précédemment, j'ai essayé d'expliquer la façon dont est abordé le handicap dans notre société puis la manière dont le travail le prend en compte. Il s'agit maintenant d'effectuer une enquête de terrain qui permettra de comprendre quelles dispositions existent et peuvent être mises en place pour favoriser l'accès à l'emploi des personnes handicapées. Les entretiens menés permettront de mettre en lumière les difficultés et les opportunités que peuvent rencontrer les agents de la Fonction Publique Hospitalière.

4.1. Le contexte

Il m'a fallu déterminer le profil de personnes susceptibles d'éclairer mon sujet. Ce choix n'a pas été simple à effectuer compte tenu du peu d'écrits sur le sujet circonscrit dans ma problématique. Le questionnement portant sur le handicap au travail n'est pas nouveau, et bon nombre d'entreprises commerciales du secteur privé ont développé depuis plusieurs années des politiques pour l'insertion des personnes handicapées en leur sein. Compte tenu de l'ancienneté de l'obligation d'emploi du secteur privé, il ne paraît pas étonnant de faire ce constat.

En revanche, le FIPHFP n'existe que depuis 7 ans. On peut constater que le nombre de conventionnements avec les employeurs publics ne cesse d'augmenter, comme en témoigne leur rapport d'activité national de l'année 2010. Bien que les établissements publics de santé aient compris l'intérêt de passer des conventions avec ce fonds pour concrétiser les efforts entrepris en matière d'emploi de personnes handicapées et mettre en œuvre une démarche handicap, il me semblait important de rechercher la place que peut prendre le cadre de santé dans cette mise en œuvre.

N'ayant trouvé, à l'heure actuelle, que peu d'écrits relatant le handicap des soignants au sein de l'hôpital, il me semble qu'il y a alors deux types d'approches possibles :

- L'une partant du haut, c'est à dire de la direction d'établissement de santé qui établit la politique générale en matière de handicap ;

- L'autre partant du bas, du discours des acteurs concernés par la vie avec un handicap, c'est à dire des agents en situation de handicap et des cadres qui les supervisent.

4.2. Le choix des personnes interrogées

Ne cherchant pas l'exhaustivité des propos, mais souhaitant effectuer une démarche de compréhension, j'ai choisi de diversifier mes entretiens et donc d'orienter mes recherches vers ces deux types d'approches.

La première approche m'a amené à rechercher des cadres de directions sensibles au handicap et qui pourraient m'expliquer comment la « démarche handicap » s'est développée dans leur hôpital.

La seconde approche m'a amené à rechercher des personnes soignantes ou non dans des unités de soins qui pourraient se trouver en situation de handicap, ayant ou non une RQTH. Je pensais profiter de ces rencontres pour échanger avec leurs cadres de proximité.

Afin de rester dans le cadre de ma question de recherche et de ma problématique, toutes les personnes interrogées travaillent dans la Fonction Publique Hospitalière.

4.3. La méthode de recherche

J'ai choisi de privilégier une démarche qualitative. J'ai souhaité rechercher des éléments de compréhension des différentes situations que l'on peut rencontrer à l'hôpital, il me paraissait donc plus intéressant de privilégier des entretiens exploratoires dans un premier temps. Ceux-ci m'ont permis de me faire une idée générale des problématiques en jeu quant à l'employabilité de personnes en situation de handicap. Une fois les premiers éléments recueillis, j'ai souhaité effectuer des entretiens semi-directifs, laissant, à mon sens, plus de place à l'expression des personnes interrogées.

4.4. Les outils d'enquête

J'ai établi deux grilles d'entretiens différentes : l'une pour les cadres supervisant des agents handicapés ou étant responsables de politiques handicap, l'autre pour les agents se trouvant eux-mêmes en situation de handicap.

La grille est un outil souple qui m'a permis de « déclencher une dynamique plus souple que la simple réponse aux questions, tout en restant dans le thème »⁷⁸. Je n'ai donc pas cherché à passer les différentes questions dans l'ordre prédéfini mais j'ai gardé en tête les questions préparées comme moyen de relancer la discussion. La succession des questions a été réfléchi pour amener progressivement mon interlocuteur à répondre le plus naturellement possible. J'ai essayé de constituer « une suite de questions logiques et formant un ensemble cohérent ». ⁷⁹

4.5. La mise en œuvre

4.5.1. Prendre contact

La recherche de contacts a été pour moi l'étape la plus délicate et difficile. Ne sachant pas comment initier ma recherche, j'ai décidé de parler très largement de mon sujet de mémoire à mes amis, proches ou collègues. J'ai ainsi pu établir mes premiers entretiens avec l'aide de personnes ressources. J'ai donc effectué six entretiens me permettant de balayer de nombreux thèmes connexes à celui du handicap au travail. Vous trouverez dans les annexes les documents permettant de comprendre les entretiens.

4.5.2. Mener les entretiens

Je souhaitais pouvoir me concentrer sur le discours des personnes interrogées sans être focalisé sur une prise de note ne laissant que peu de place à l'échange. J'ai donc demandé à tous mes interlocuteurs leur accord pour enregistrer les entretiens, en précisant que cela n'avait comme but que de me permettre de me centrer sur leur parole sans prendre trop de notes. J'ai pris soin de leur assurer la confidentialité de notre entretien et l'usage strictement personnel de l'enregistrement audio. L'objectif visé quant à la durée des entretiens était de 45 minutes environ. Les entretiens ont duré entre 50 minutes et 1h45.

Pour l'étape de traitement des données, j'ai choisi de ne pas effectuer de retranscriptions littérales des entretiens mais plutôt de relever les éléments pertinents de manière plus narrative. J'ai donc relevé ce qui me semblait pouvoir expliquer, démontrer ou illustrer le handicap du personnel à l'hôpital.

⁷⁸ KAUFMANN J.C. (1996), *L'entretien compréhensif*, PARIS : Ed. NATHAN, p. 44

⁷⁹ KAUFMANN J.C. (1996), *op. cit.*, p. 44

5. LES RESULTATS DES ENTRETIENS

Suite à mes recherches de contacts, j'ai pu rencontrer 6 personnes différentes ayant des profils distincts. Je tâcherai de développer dans une première partie le profil des personnes interrogées, avant de m'attarder un peu plus longuement sur les données recueillies durant les entretiens. Enfin, dans la dernière partie, je présenterai mon analyse des témoignages reçus au regard du contexte qui nous intéresse ici : le handicap du personnel dans les unités de soins à l'hôpital public.

5.1. Le profil des personnes interrogées

Comme j'ai pu le préciser précédemment, j'ai privilégié les entretiens semi-directifs pour recueillir les avis des personnes que j'ai eu l'occasion de rencontrer. Sur les six entretiens effectués, trois ont été réalisés avec des personnes se trouvant en situation de handicap et trois avec des cadres responsables de l'application de la politique handicap de leur établissement ou responsables d'agents handicapés.

Mon enquête m'a amené à rencontrer des personnes qui travaillent dans deux établissements publics de santé :

- Le Centre Hospitalier A (CH A) est un établissement public accueillant des patients souffrant de troubles neurologiques et psychiatriques essentiellement. La réflexion sur la mise en place d'une politique handicap y a débuté en 2006.
- Le Centre Hospitalier B (CH B) est un établissement public de santé accueillant des patients souffrant de troubles de toutes spécialités confondues. La mise en place de dispositions favorisant l'accès à l'emploi de personnes en situation de handicap date de 1998.

Tous deux ont signé une convention avec le FIPHFP dans les 3 dernières années.

Sur les six entretiens menés, trois se sont déroulés dans le Centre Hospitalier A et trois dans le Centre Hospitalier B. J'ai donc pu aborder différents points de vue sur la même problématique du handicap au travail. Ces deux établissements publics se situent en Ile-de-France.

5.2. Les thématiques abordées durant les entretiens

Suite à une première lecture des entretiens, j'ai pu établir une grille d'analyse regroupant 15 thèmes. J'ai ensuite repris la lecture de ces mêmes entretiens, cette fois dans le but de répartir les informations collectées au regard de chacune de ces 15 thématiques.

Je vais traiter ces thèmes en les classant selon le nombre de personnes ayant abordé chaque thème durant l'entretien, c'est-à-dire que je vais d'abord aborder le thème dont toutes les personnes m'ont parlé pour arriver enfin à celui qui n'aura été abordé que par quelques-unes. Cette première phase de traitement des données brutes me permettra d'effectuer l'analyse globale de ces entretiens au regard de mon cadre conceptuel. Par la suite, il faut comprendre E1 à E6 comme étant les références au numéro des entretiens réalisés.

5.2.1. Les représentations du handicap

Toutes les personnes interrogées s'accordent à dire que le handicap prend différentes formes : il peut être visible ou invisible. Plusieurs d'entre elles (E1, 2, 5) sont d'accord sur le fait que le handicap visible est plus facilement accepté car il est plus évident et facile à repérer. En revanche, le handicap invisible suscite incompréhension (E4), suspicion (E2), voire stigmatisation (E5) de la part des personnes qui y sont confrontées.

L'une des personnes (E6) estime que les gens peuvent adopter 3 types de réaction face au handicap en général :

- Réticence (voire exaspération)
- Condescendance
- Adaptation

Deux personnes (E2, 6) vont aborder le regard que les patients peuvent porter sur le handicap d'un personnel auquel ils peuvent être confrontés. Ils se sont inquiétés de l'impact que le handicap d'un personnel soignant pourrait avoir sur le patient.

Selon la moitié des personnes interrogées (E1, 2, 6), le handicap est un sujet tabou qui peut faire peur aux gens. Il s'agit d'un sujet empreint à de nombreux à priori et

stéréotypes. 2 cadres ont affirmé qu'il y a souvent confusion entre manque d'intelligence et handicap (E5, 6).

L'une des personnes (E5) considère que parler du handicap renvoie à une norme, une capacité d'action déterminant des possibilités qui vont conditionner la performance de la personne en situation de handicap au travail. Deux cadres (E5, 6) considèrent qu'en prenant en compte le handicap d'une personne, les critères d'efficacité ne doivent pas être adaptés mais plutôt que l'accompagnement des personnes en situation de handicap doit être individualisé pour le comprendre.

L'un des cadres (E1) explique que pour lui, l'image que donne une personne en situation de handicap va conditionner la représentation d'un groupe entier qui conditionnera à son tour l'approche que nous aurons d'un autre handicap. Enfin, l'une des personnes handicapées (E2) a le sentiment que se préoccuper du handicap au travail constitue une obligation de remplir des quotas.

5.2.2. Attitudes et ressentis de la personne handicapée au travail

Compte tenu de la diversité des personnes interrogées, les avis obtenus sont assez hétérogènes car certains parlent de leur attitude ou ressenti en tant que personne handicapée, d'autres l'abordent de façon générale.

Les attitudes des travailleurs handicapés semblent variées (E1) : certains paraissent reconnaissants, d'autres au contraire sont plus revendicatifs : l'une des personnes interrogées (E5) explique qu'un travailleur handicapé ayant peur d'être licencié à pris à témoin tout le service.

Une personne handicapée (E2) nous dit qu'elle n'a pas souhaité parler de son handicap sur son lieu de travail mais qu'elle peut envisager de le faire pour conserver des dispositions matérielles si cela s'avère nécessaire. Un autre, reconnu comme travailleur handicapé, a été amené à défendre d'autres personnes en situation de handicap dans son établissement.

Le ressenti est abordé par trois personnes exprimant des sentiments de souffrance, de solitude, de manque de reconnaissance ou d'injustice pour l'un d'entre eux (E4), des

difficultés de communication liées au handicap pour un second (E6). L'une des cadres (E5) a été confrontée à la méfiance d'un agent handicapé vis-à-vis d'elle.

La deuxième personne (E2) a effectué les démarches lui permettant d'obtenir une RQTH, cependant elle a décidé de ne pas en avvertir son employeur. Au contraire, une autre personne (E4) a décidé d'effectuer ces démarches très tôt pour assurer son avenir. Les cadres (E1, 3) rappellent que la demande de RQTH est un moment délicat et que le travailleur est en droit d'en informer ou non son employeur.

5.2.3. Dynamiques et attitudes d'équipe face au handicap

Les entretiens abordent aussi bien les aspects positifs que négatifs qui retentissent sur les dynamiques ou les attitudes d'équipes face au handicap d'un collègue.

Les aspects positifs sont de l'ordre du soutien (E4) ou de la compréhension (E5). Ils peuvent être exprimés en équipe lorsqu'il s'agit d'aborder les difficultés rencontrées par un collègue (E5). Cela peut parfois conduire les équipes à protéger un collègue en difficulté afin qu'il ne soit pas sanctionné (E1) voire garder sous silence des accidents (E5).

Concernant les aspects négatifs, les personnes observent de l'intolérance (E2), de l'ignorance (E4), de la gêne (E5, 6) pouvant parfois conduire à déstabiliser l'équilibre d'une équipe (E3, 5). L'un des agents handicapés a pu observer de la frustration et du dénigrement de la part de collègues lorsqu'il a occupé un poste à responsabilités.

5.2.4. Efficacité/compétences

D'après trois personnes (E1, 3, 6) les compétences au travail doivent être évaluées indépendamment du handicap, c'est à dire que la performance doit être évaluée de façon absolue sans tenir compte d'un handicap présent ou non (E6). La performance d'un agent ne doit pas être entravée par un handicap.

Les relations interpersonnelles semblent également importantes puisque deux personnes traitent de cette question en expliquant d'une part que le supérieur direct doit bien connaître le travail de l'agent pour estimer ses difficultés liées au handicap au travail (E4) ; il explique que, d'autre part, les relations entre individus conditionnent l'objectivité des collègues et l'efficacité au travail (E1).

Enfin, la fiche de poste a été abordée par trois personnes : l'une d'entre elle annonce qu'elle n'existe pas ou du moins qu'elle ne l'a jamais vue, ne sachant donc pas vraiment définir les liens hiérarchiques ni ses missions précises. Pour les deux autres (E3, 5) la fiche de poste permet de comparer le travail prescrit et le travail réel pour permettre des aménagements. Cette fiche peut même parfois être une aide à la résolution de conflits au sein d'une équipe en difficulté face au handicap.

5.2.5. Communication et information sur le handicap

Ce thème n'a pas été abordé par la dernière personne interrogée. Cette communication ou action de sensibilisation en faveur du handicap a été traitée par les personnes selon 3 niveaux :

- Au niveau institutionnel (E1, 3) : il est important d'organiser des sensibilisations générales au handicap afin de toucher la culture institutionnelle pour créer un cadre de travail favorable. Cependant, ces actions n'ont touché que peu de personnes et reçu que peu d'attention (E3). L'un des cadres (E3) explique qu'il faudrait rapprocher la politique du handicap des acteurs décisionnels pour favoriser la mise en œuvre d'actions.
- Au niveau des responsables : les mêmes personnes (E1, 3) parlent d'une sensibilisation au niveau des responsables (cadres et chefs de service) qu'une personne qualifiée d'interlocuteurs privilégiés (E3). Cette coordination avec les responsables, selon la même personne, pourrait se faire par le biais de référents locaux. Cette sensibilisation des cadres permettrait qu'ils transmettent à leur tour aux équipes leurs acquis et leurs savoirs afin de permettre l'accueil et l'intégration des travailleurs handicapés.
- Au niveau des équipes : deux personnes abordent ce niveau de sensibilisation qui doit se faire en dehors du cas particulier d'un agent (E2). Il s'agit aussi d'une sensibilisation qui s'opère en travaillant quotidiennement avec un agent en situation de handicap (E5).

Enfin, deux personnes parlent essentiellement des freins à une communication et une sensibilisation ; l'une estime que les actions de communications restent inconnues du personnel de l'établissement car les agents connaissent mal leurs droits en matière de

handicap (E5). La seconde rappelle qu'il est difficile de sensibiliser les gens à des handicaps qui ne sont pas visibles (E4).

5.2.6. L'accès à l'emploi

On peut distinguer plusieurs axes sous tendus par cette thématique : la fonction ressources humaines, le maintien dans l'emploi, le recrutement et les partenariats extérieurs.

L'idée principale de la fonction ressources humaines (RH) est la réflexion portée sur l'accessibilité des emplois. Les cadres parlant de la déclinaison RH (E1, 3) admettent qu'il faut intégrer le handicap dans une politique globale de RH (E1) et que les référents handicap mis en place pourraient aider les responsables pour l'emploi de TH (E3).

Le maintien dans l'emploi est souvent envisagé sous l'angle du reclassement professionnel. Il est abordé par les 3 cadres interrogés (E1, 3, 5). Lorsque le reclassement pour raisons médicales est effectué par l'employeur, le TH est de fait reconnu comme BOE (E3). Il peut donc ainsi bénéficier d'une adaptation de son poste de travail (E5). En revanche, le reclassement est souvent mal perçu par les agents (E1). Ce même cadre explique que l'accès à l'emploi est essentiellement axé sur le maintien dans l'emploi et encore peu sur le recrutement.

Le recrutement a été difficile pour une personne (E6) qui explique qu'il remplissait tous les critères établis par la fiche de poste mais qu'il s'est vu confronté à la réticence d'un responsable qui ne trouvait pourtant pas de raison objective de le refuser. Le handicap doit être envisagé comme l'une des caractéristiques du recrutement, comme une singularité (E5). Il existe, comme il est rappelé (E3), des organismes qui peuvent aider pour le recrutement de personnes handicapées.

En effet, Cap Emploi par exemple est un organisme extérieur qui peut aider des établissements qui souhaitent recruter des personnes en situation de handicap. Mais les partenariats extérieurs (E3) en faveur du handicap sont divers. Le conventionnement avec le FIPHFP peut aider un établissement qui le désire à développer sa politique d'emploi d'agents en situation de handicap. L'emploi peut être aussi indirect, en favorisant une politique d'achat auprès du secteur du travail protégé.

5.2.7. L'aménagement de l'organisation du travail

Sur les cinq personnes (E2, 3, 4, 5, 6) qui s'expriment sur ce sujet, tous s'accordent à dire qu'il faut penser l'aménagement du travail pour une personne handicapée. Cette réorganisation du travail peut se réaliser dans le cadre d'un aménagement matériel du poste de travail ou peut être pensée de manière isolée (E3, 4, 6).

Dans le premier cas, cet aménagement du temps ou de la charge de travail s'accompagne d'un aménagement du poste. Bien qu'il puisse y avoir compensation d'un handicap, il faut repenser aussi l'organisation du travail (E3) mais dans un temps différent de l'aménagement matériel du poste (E6). L'une des personnes déplore qu'il n'y ait pas eu de réflexion sur le temps de travail (E4) et estime que cela aurait nécessité un poste supplémentaire.

Dans le cas d'un aménagement seul du temps ou de la charge de travail, deux personnes s'accordent (E2, 5) à dire que celui-ci peut être envisagé comme une possibilité future pour un agent (E2) mais qu'il est nécessaire de le faire assez tôt pour permettre la réorganisation du travail de l'équipe.

5.2.8. Les aménagements matériels

Les aménagements matériels s'avèrent utiles lorsque les dispositions existantes ne permettent plus à une personne handicapée de conserver son autonomie (E2). Ils peuvent être obtenus à titre individuel (E6) - dans ce cas, les aides techniques appartiennent à l'agent - ou à titre collectif (E3) pour permettre l'accessibilité des lieux d'intérêts communs pour tous les agents. Ces aménagements sont essentiellement mis en place lorsqu'il y a maintien dans l'emploi et ont pour but de compenser le handicap. L'aide peut également être humaine et pas seulement matérielle (E3).

Les aménagements obtenus à titre individuel peuvent parfois être complétés par des formations spécifiques (E6). La même personne regrette que les aménagements relèvent parfois plus du bricolage que de l'aide locale (E6).

5.2.9. La coordination de la politique du handicap

Elle s'effectue de manière externe et interne. Quatre personnes ont parlé de ce thème. En interne, il s'agit pour trois personnes (E1, 3, 5) de faire intervenir un groupe

d'acteurs de la Direction des Ressources humaines, de la Direction des Soins, de la Médecine du travail et du service social du personnel. Cette coordination semble différente dans les établissements A et B car dans l'établissement A, elle est assurée par une commission de coordination du suivi des agents en situation de handicap (E1), pour l'établissement B, des référents handicap assurent à des niveaux locaux la coordination du suivi des TH (E3).

5.2.10. Contraintes liées au handicap

Quatre personnes sur les six parlent des contraintes que peut engendrer le handicap au travail. Les agents semblent généralement réticents à dévoiler des informations personnelles ou des difficultés professionnelles par peur d'être sanctionnés (E1, 5). Il ressort néanmoins qu'une maltraitance institutionnelle ou une situation d'échec est plus difficile à gérer lorsqu'elle est majorée par une situation de handicap pour un travailleur handicapé (E6).

Deux personnes expliquent néanmoins que le handicap peut être une opportunité soit de réduire les temps de trajet hebdomadaires qui engendrent une fatigue (E4), soit d'apporter un regard différent voire élargi pour résoudre un problème eu égard à son handicap (E6).

5.2.11. Finances / budget

Ce point n'a soulevé que quelques mots durant les entretiens. Le financement des aménagements de postes de travail peut se faire de manière centralisée (E3) mais une personne regrette de n'avoir pu être accompagnée individuellement dans les démarches, malgré la bonne volonté de l'établissement de payer les aides à acquérir. La perte de salaire engagée lors d'une demande de réduction de temps de travail de droit ne semble pas freiner la décision (E4), l'argent n'étant pas un élément moteur dans le choix du travail (E6).

5.2.12. Identification des travailleurs handicapés

Les trois premières personnes interrogées ont souhaité parler de ce thème. Pour les deux cadres responsables de la politique du handicap (E1, 3) il y a encore trop peu de recensement systématique des situations de handicap. Ils savent en effet qu'il existe des aménagements locaux dans les services qui ne sont pas recensés au niveau des directions

des établissements. Les situations de handicap des agents peuvent être gardées sous silence au niveau des services (E1), masquées par les soignants (E1) ou masquées par l'agent lui-même qui ne souhaite pas l'évoquer de façon officielle. Malgré des sollicitations du médecin du travail, une personne interrogée a le sentiment que la déclaration officielle serait une manière de remplir des quotas (E2).

L'annonce de la RQTH permet ce recensement et l'officialisation de la situation de handicap (E2). Pour l'un des cadres (E1), il y a une nécessité de connaître tôt une situation difficile pour un agent afin de l'accompagner et de réfléchir aux possibilités pour lui. Enfin, ce même cadre estime que les actions de sensibilisation et de communication sur les situations de handicap à l'hôpital sont essentielles pour favoriser la déclaration des difficultés professionnelles liées à un handicap.

5.2.13. Accompagnement individuel du travailleur handicapé

Seulement trois personnes sur six parlent de l'accompagnement des personnes en situation de handicap sur leur lieu de travail. Cet accompagnement individuel semble prendre deux formes : un accompagnement institutionnel par une commission pluriprofessionnelle (E3) et un accompagnement par le cadre, supérieur hiérarchique direct de l'agent (E5). Les réticences dans l'accompagnement paraissent venir des TH qui appréhendent de fournir des informations personnelles (E5) ainsi que des cadres pour appliquer la politique handicap (E3), ayant peu d'informations de la part des agents.

Malgré l'existence de commissions de suivi des TH et d'un cadre dans l'unité, une personne (E4) regrette de ne pas avoir été suffisamment accompagnée dans les démarches administratives de recherche d'aides techniques et de renouvellement de la RQTH.

Pour l'un des cadres interrogé (E5), l'accompagnement peut se faire suite à une plainte. Il pense qu'il faut veiller à nuancer le degré d'accompagnement individuel et faire attention aux propositions formulées. L'accompagnement peut consister en un soutien psychologique.

Pour résoudre un problème lié au handicap, un cadre (E3) pense que les référents handicap doivent intervenir rapidement au niveau local.

5.2.14. Implication des personnels par rapport à une politique du handicap

Concernant les actions de sensibilisation et l'implication des agents non handicapés, deux personnes se complètent : le premier (E1) explique que les actions entreprises n'ont reçu que peu d'attention et de participation ; le second (E3) explique qu'au niveau global les gens peuvent être d'accord avec ce qui est proposé pour les personnes handicapées, mais que lors de la mise en œuvre de moyens les réticences se font ressentir.

Les mêmes cadres sont globalement d'accord pour dire que les cadres doivent être impliqués dans la gestion du handicap (E1, 3) et que les cadres de proximité doivent développer une pédagogie de l'intégration auprès des équipes (E3). Dans le cas de situations lourdes ou évolutives, il faut que les équipes fassent preuve de compréhension, de participation et d'intégration.

Une personne (E6) rappelle que les actions entreprises peuvent être inadaptées si l'on oublie de demander à la personne en situation de handicap ce qu'elle veut vraiment.

5.2.15. Problèmes éthiques

Trois personnes abordent des problèmes éthiques en ce qui concerne la prise en compte du handicap au travail. Ces trois propos traitent de sujets différents.

Le premier (E1) aborde la confusion que peut engendrer dans une équipe le fait de soutenir voire de protéger un collègue en difficulté, pour ne pas le dénoncer. Le second (E3) aborde la volonté institutionnelle de diversifier son recrutement en passant par l'emploi indirect : il s'agit de mettre en place une politique d'achat citoyenne en collaboration avec le secteur protégé du travail qui peine à survivre. Le troisième (E6) explique qu'une personne handicapée est plus sensible qu'une autre à toute action stigmatisante. Il aborde également un sujet annexe en expliquant son attachement à travailler dans le service public.

6. LA POSTURE MANAGERIALE DU CADRE FACE AU HANDICAP

6.1. Sensibiliser à la notion de handicap au travail

6.1.1. *Le poids des représentations*

Comme nous l'avons vu, le handicap est multiforme : il peut être visible lorsqu'il s'agit d'un handicap moteur ou sensoriel ou bien invisible lorsqu'il s'agit d'un handicap intellectuel, cognitif ou psychique. Ces deux types de handicap n'amènent pas nécessairement les mêmes réactions de la part des personnes confrontées à la situation de handicap d'un autre.

Il semble que le handicap visible soit plus facile à appréhender et à accepter car il est plus facile à repérer. GOFFMAN explique cela par l'attitude que le « normal », celui qui ne porte pas de stigmata, a instantanément lorsqu'il est confronté au handicap de l'autre. Il va utiliser ses préjugés, ses images préconstruites pour adapter son attitude face à la personne en situation de handicap. Il pourra alors choisir de la traiter normalement ou bien de la traiter comme une « non-personne ». L'utilisation de stéréotypes amène à une généralisation abusive et « *ils peuvent limiter la perception qu'a un individu d'une réalité aux représentations qu'il a construites antérieurement, sans en vérifier le bien-fondé* »⁸⁰. Nous construisons alors la relation avec la personne handicapée face à nous en fonction de ce que l'on connaît ou de ce que l'on croit connaître du handicap.

Il est plus compliqué pour les gens de réagir face au handicap invisible. Il faut initialement identifier ce que peut être le handicap. Pour cela, il faut que la personne en situation de handicap veuille bien fournir les informations nécessaires à l'identification de son handicap. GOFFMAN parlait dans cette situation de personne « discréditable », c'est-à-dire qu'elle n'est pas discréditée aux yeux des autres mais qu'elle pourrait l'être si elle ne maîtrisait pas les informations sur son handicap. L'enjeu est donc ici de ne pas devenir « stigmatisé » comme nous l'avons vu précédemment. Lorsque le handicap vient à être connu des autres, une personne en situation de handicap se trouve alors confrontée aux

⁸⁰ TISSERANT G. (2012), *Le handicap en entreprise : contrainte ou opportunité ? - Vers un management équitable de la singularité*, PARIS : Ed. PEARSON, p. 35

stéréotypes et aux préjugés pouvant conduire, dans le cas de handicaps invisibles, à de l'incompréhension voire de la suspicion. « *Les collègues des salariés ayant ce handicap [invisible] peuvent penser qu'ils abusent de leur situation pour être dispensés de certaines tâches de travail [...] »*⁸¹.

Selon plusieurs personnes que j'ai pu rencontrer, le handicap est un sujet tabou qui fait peur, surtout lorsqu'il s'agit d'un handicap qui ne se voit pas. Les agents en situation de handicap se trouvent confrontés aux préjugés conduisant parfois à des assimilations telles que : « *sous prétexte que tu es aveugle, tu es forcément con. Ou bien sous prétexte que tu es aveugle, tu es également sourd »*⁸².

On pourrait donc définir trois types de réactions face au handicap d'une personne en situation professionnelle :

- La manifestations de doutes quant aux capacités intellectuelles et physiques d'un travailleur handicapé : « Je ne suis pas sûr qu'il soit vraiment capable d'occuper ce poste »
- La condescendance face au handicap de la personne, se manifestant par un sentiment de bienveillance empreint de supériorité : « Le pauvre, avec son handicap il a du mérite de travailler ».
- L'adaptation. Le handicap est alors abordé comme une singularité individuelle à prendre en compte dans les capacités de la personne : « Vous êtes handicapé, d'accord. Quelles limitations avez-vous dans votre travail ? ».

Les représentations ont une part importante dans la compréhension du handicap : il faut s'intéresser aux représentations des gens pour comprendre comment ils voient, comment ils envisagent le fait d'être handicapé. Les stéréotypes véhiculés sur le handicap peuvent également se construire à partir d'une expérience individuelle. L'image que donne une personne en situation de handicap va permettre aux gens de se construire une image de l'ensemble des personnes souffrant du même handicap. Ainsi, le handicap d'une personne peut conduire à la construction de la représentation de l'ensemble des personnes

⁸¹ IMS-Entreprendre pour la cité, **Les stéréotypes sur les personnes handicapées – Comprendre et agir dans l'entreprise : Guide pratique**, Avril 2011,
< http://www.imsentreprendre.com/documents/Les_stereotypes_sur_les_personnes_handicapees.pdf >,
[consulté le 29 mars 2012]

⁸² Entretien n°6

handicapées. « Tiens je connais quelqu'un en fauteuil roulant, il est super courageux et c'est un super bosseur ». Cette image va créer une représentation collective des personnes en fauteuil roulant conduisant à dire par la suite : « les personnes handicapées sont très courageuses » ou bien encore « les personnes handicapées sont plus motivées car elles ont dû surmonter des épreuves ».

Une étude de l'IMS⁸³ montrera que les effets des stéréotypes et de la généralisation sont plus fréquents sur les populations minoritaires comme les travailleurs handicapés. Cela peut conduire à des stéréotypes positifs mais ils sont majoritairement négatifs comme j'ai pu le comprendre durant mes entretiens. Finalement, on pourrait dire que toute perception d'une personne partant d'images préconçues censées s'appliquer au groupe auquel appartient cette même personne, est un stéréotype. Autrement dit, lorsque l'on rencontre une personne aveugle par exemple, on lui applique nos représentations des personnes aveugles sans tenir compte de ses capacités ni de son histoire. Cela s'explique par le fait que « *l'image de l'autre handicapé se construit à travers un regard trop souvent biaisé par les préjugés et les stéréotypes* »⁸⁴. Pour éviter ce phénomène de généralisation, il faut donc agir sur les stéréotypes et les préjugés en sensibilisant les gens à la notion de handicap.

6.1.2. Adapter l'information et la communication sur la notion de handicap

Les entretiens que j'ai pu mener m'ont permis de comprendre que la sensibilisation et la communication en faveur du handicap sont les premières actions à entreprendre pour favoriser une politique d'emploi des personnes en situation de handicap. Pour sensibiliser de façon pertinente, il est essentiel de comprendre ce qui constitue les préjugés positifs et négatifs. Après enquête, je peux dire que la sensibilisation et la communication se font selon trois niveaux : d'abord de façon générale au niveau institutionnel, puis au niveau des responsables (acteurs décisionnels) et enfin au niveau des équipes.

Il est en effet important de sensibiliser au niveau institutionnel afin de toucher la culture de l'établissement. Ces actions devraient permettre de créer un cadre de travail

⁸³ IMS-Entreprendre pour la cité, **Les stéréotypes sur les personnes handicapées – Comprendre et agir dans l'entreprise : Guide pratique**, Avril 2011

⁸⁴ COMPTE ROY (2008), **De l'acceptation à la reconnaissance de la personne handicapée en France : un long et difficile processus d'intégration**, in *Empan*, 2008/2 n° 70, p. 115-122

favorable. Cependant, dans les deux établissements visités, ces actions visant à communiquer sur la notion de handicap n'ont reçu que peu d'attention et de participation des salariés des centres hospitaliers. Guy TISSERANT explique que « *le premier frein rencontré dans le domaine de la diversité, et plus particulièrement celui du handicap, repose sur les risques subjectifs issus des stéréotypes et des préjugés construits par l'ignorance et l'absence de rencontre* »⁸⁵. Afin de toucher et de concerner les gens au handicap il faut travailler cette question par des techniques de prévention visant à réduire les stéréotypes. Ce travail doit s'effectuer en deux temps : identifier et réduire les préjugés liés au handicap puis mettre en place des actions pédagogiques visant à déconstruire les images collectives accrochées aux personnes en situation de handicap par des actions de sensibilisation et de formation en groupe. Il s'agit donc de comprendre l'implication des représentations pouvant conduire à la généralisation.

Le deuxième niveau de la sensibilisation au handicap se fait au niveau des responsables. C'est à ce niveau que l'on trouve les chefs de services et les cadres. Il s'agit d'interlocuteurs privilégiés car ils sont les décideurs au niveau local. Les cadres de proximité, dans leur position intermédiaire, peuvent d'une part faire redescendre les valeurs et la culture de l'établissement au niveau des équipes, et d'autre part faire remonter les difficultés que les équipes peuvent exprimer quant à la compréhension du handicap au travail. L'accueil et l'intégration d'un agent en situation de handicap dépendent des contacts quotidiens avec leur hiérarchie. Un cadre sensibilisé comprendra les enjeux de l'emploi d'un agent en situation de handicap pour agir de façon adaptée à celui-ci. Il assimilera ainsi la nécessité de conduire un accompagnement individualisé prenant en compte les problèmes de santé de la personne mais aussi son histoire. Ainsi même lorsque « *les prestations proposées peuvent être identiques [d'un agent à l'autre], elles ne sont jamais vécues de la même façon* »⁸⁶.

Enfin, le dernier niveau de sensibilisation concerne les équipes dans les unités de soins. Sur ce point, l'un des agents en situation de handicap que j'ai pu interroger insiste sur le fait que la sensibilisation au handicap au travail doit s'effectuer de manière générique. En effet, pour ne pas stigmatiser un agent handicapé, il semble nécessaire de

⁸⁵ TISSERANT G. (2012), *op. cit.*, p. 93

⁸⁶ CAIRA L. (2012), **Maintenir dans l'emploi des personnes en situation de handicap**, in *Soins Cadres*, n° 82 mai 2012, p. 25-28

sensibiliser au handicap en dehors de tout cas particulier. Le cadre de proximité peut donc se faire le relais de la culture et des valeurs de l'établissement en matière de handicap au travail. Il doit permettre aux agents de comprendre ce qu'est le handicap au travail, en les informant des possibilités d'action et des dispositifs existant pour accompagner des agents dont l'état de santé ne leur permet pas (ou plus) de travailler « normalement » . Le but recherché est ainsi de favoriser l'expression des agents en difficultés professionnelles et de faciliter l'identification des personnes en situation de handicap dans les équipes.

6.1.3. Bien identifier les situations personnelles handicapantes

L'identification des personnes en situation de handicap semble poser actuellement un véritable problème. Pour les personnes étant déjà dans un emploi, force est de constater que le recensement des situations handicapantes n'est pas effectué de manière systématique. Les responsables de politique du handicap savent officieusement qu'il existe des agents en situation de handicap dans les services mais ils constatent que l'officialisation de ces situations est complexe. En effet, actuellement ils ne peuvent qu'observer des arrangements locaux qui se font au cas par cas. Le plus souvent, la situation d'un agent en difficulté suite à la dégradation de son état de santé est gardée sous silence, que ce soit au sein du service par les cadres, par l'équipe ou bien encore par l'agent lui-même. Les explications en sont diverses.

Les cadres peuvent parfois être démunis face aux difficultés, voire au handicap, d'un agent. Ils peuvent accepter ses difficultés en tentant d'effectuer des arrangements individuels avec l'agent ou bien n'agissant pas, faute de connaissance des dispositions légales et institutionnelles pour accompagner une personne handicapée. S'impose ainsi la nécessité de sensibiliser de façon systématique les cadres afin de leur permettre de répondre aux besoins professionnels d'un agent de l'équipe dont ils ont la charge.

En ce qui concerne les équipes, les raisons motivant le silence face au handicap d'un collègue peuvent être variées. Il peut s'agir de la peur de la sanction de l'agent qui ne remplit plus ses fonctions et dans ce cas, l'esprit d'équipe l'emportera. Il va donc falloir dissimuler les difficultés de l'un des membres de l'équipe au cadre. Dans un deuxième cas, il peut parfois s'agir de la difficulté de l'équipe soignante à différencier la prise en charge des patients et l'aide apportée à un collègue ; on constate en effet qu'il est difficile de sortir

du rôle de soignant. Dans ces deux cas, une équipe pense pouvoir agir seule pour aider le collègue en difficulté.

Enfin, l'agent en situation de handicap peut être lui-même à l'origine de la rétention d'information. Ne souhaitant pas officialiser ses difficultés, il décide de garder sous silence son handicap. Le médecin du travail peut être l'interlocuteur privilégié pour expliquer les aides possibles dont peut bénéficier un agent en situation de handicap. Cependant, il se retrouve malheureusement confronté à la représentation que les agents ont de la déclaration officielle du statut de travailleur handicapé : rentrer dans un quota. L'annonce de la RQTH constitue donc un recensement officiel de la situation d'un agent en situation de handicap.

L'intervention précoce pour permettre le maintien dans l'emploi est essentielle. Il y a une nécessité de connaître au plus tôt une situation difficile afin d'accompagner l'agent et de réfléchir aux possibilités qui lui sont offertes. Néanmoins dans ce type de situation, *« le temps de la personne n'est pas forcément celui de l'institution. Il faut du temps pour que la personne accepte sa situation de handicap, sans la nier, ni la sous-estimer, ni la surestimer, pour lui permettre de la prendre en compte »*⁸⁷. Les actions de sensibilisation sur le handicap à l'hôpital sont donc essentielles pour favoriser la déclaration officielle des difficultés professionnelles liées au handicap. Une fois la personne et la situation de handicap identifiées, il est alors possible de faire travailler de façon cohérente et coordonnée les professionnels qui sont amenés à accompagner l'agent en difficulté.

6.1.4. Coordonner la politique handicap d'un établissement

De nombreux acteurs interviennent auprès des agents en situation de handicap : la direction des ressources humaines, la direction des soins, la médecine du travail, le service social du personnel ou bien encore le service achat. A l'intérieur d'un établissement, tous ces acteurs, et peut être même plus, sont amenés à participer au suivi d'un agent en situation de handicap professionnel. En revanche, ils ne peuvent pas agir seuls. Il y a donc une nécessité de coordonner leur action. Pour ce faire, deux types de modes de coordination interne semblent émerger.

Le premier consiste à mettre en place une commission de suivi des dossiers des travailleurs handicapés. Celle-ci a pour mission d'étudier les mesures d'accompagnement

⁸⁷ CAIRA F. (2012), *op. cit.*, p. 27

nécessaires au maintien dans l'emploi ou au recrutement d'agents en situation de handicap. Elle analyse les situations et permet d'échanger et de traiter les situations individuellement en tenant compte des aspects médicaux, sociaux, psychologiques et administratifs.

Un second mode de coordination peut exister avec la création de référents handicap. Ces référents ont pour mission d'assurer le lien entre les professionnels qui interviennent auprès des agents handicapés et de constituer un réseau de compétences. Le rôle de ces référents est surtout d'informer les travailleurs sur les aides dont ils peuvent bénéficier, d'assurer la coordination et le suivi des actions entreprises pour la compensation du handicap et de favoriser le recrutement des travailleurs handicapés.

Ces deux modes de coordination interne sont complémentaires et peuvent coexister. La commission est préférentiellement une instance décisionnelle, alors que le référent handicap assure le suivi des décisions prises en commission pluridisciplinaire. Cette coordination interne est complétée par une coordination externe avec le FIPHFP. Comme nous l'avons vu précédemment, ce fonds crée à la suite de la loi de 2005 cherche à établir de nombreuses conventions avec les établissements publics. Ces conventions avec le FIPHFP engagent ces derniers à respecter une série d'actions réparties sur plusieurs années⁸⁸.

6.2. Accompagner dans le poste

6.2.1. L'accompagnement doit être individualisé

Comme nous l'avons vu, le premier accompagnement d'un agent en situation de handicap est effectué au niveau de l'établissement par une commission pluridisciplinaire et/ou un référent handicap. Il existe également un niveau plus local d'accompagnement qui est celui du cadre de proximité. Il s'agit de comprendre maintenant comment le management du cadre s'opère sur l'accompagnement d'un membre de l'équipe de soins qui se trouve en situation de handicap.

Les acteurs interrogés s'accordent à dire qu'avant tout, l'accompagnement de la personne en situation de handicap doit être individualisé. Après que la personne a accepté

⁸⁸ FIPHFP Emploi, **Les conventions au service de votre politique**, < www.fiphfp.fr >, [consulté le 12 mai 2012]

ses problèmes de santé, il est possible de mettre en œuvre une démarche d'accompagnement et de proposer des actions. Bien que les actions ou les prestations de compensations proposées puissent être identiques d'un agent à l'autre, il ne faut pas oublier qu'au préalable il est nécessaire d'effectuer une analyse des besoins individuels de la personne. Chaque agent présente une histoire différente et cela différencie un suivi d'un autre.

Cet accompagnement par le cadre de proximité se doit d'être individualisé mais également équitable. Il faut donc veiller à assurer l'égalité des chances pour tous les agents. Ceci nous ramène aux principes érigés par la loi de 2005 qui va instituer le droit à la compensation, c'est à dire qu'il ne s'agit plus de traiter les agents de manière égale mais équitable. L'égalité impose un égal traitement des agents quelles que soient leurs singularités. L'équité permet d'apporter les mêmes chances aux agents. Ce principe de compensation permet donc de rétablir l'égalité des chances de chacun en tenant compte des singularités, c'est à dire, dans notre cas, du handicap. L'abord managérial ne doit pas tenter d'effacer la différence mais plutôt de prendre en compte la singularité comme une caractéristique individuelle, cela permettant par la suite de mettre en place des mesures de compensation appropriées.

Cependant, malgré la conscience des responsables, les agents en situation de handicap rencontrent encore des difficultés à voir se concrétiser ces mesures d'accompagnement individualisé. Certains agents se sentent encore perdus dans les démarches administratives et ne se sentent ni aidés ni soutenus par les cadres. Au contraire, certains cadres estiment que l'accompagnement ne peut être possible que sur la demande de l'agent et qu'il est néanmoins essentiel de moduler le niveau d'aide que l'on apporte à une personne en situation de handicap au travail.

L'évaluation des besoins individuels est complexe. Il est à la fois difficile pour un agent de faire confiance au cadre et de lui fournir des informations personnelles qui pourraient l'aider à comprendre, et au cadre de soutenir et accompagner ce même agent s'il ne connaît pas bien les dispositifs et les aides prévues. Pour répondre justement à ces demandes d'aides, il paraît important que les cadres puissent trouver rapidement une réponse auprès de référents handicap. Ces interlocuteurs privilégiés du cadre s'inscrivent dans une coordination interne des dispositions institutionnelles.

Les mesures de compensation qui sont étudiées doivent donc prendre en compte les besoins spécifiques de la personne et non son statut de travailleur handicapé. L'évaluation des besoins va dépendre des aides reçues par l'institution dans l'analyse des besoins individuels mais sera également conditionnée par l'attitude et le ressenti des travailleurs en situation de handicap.

6.2.2. Attitudes et ressentis

Les attitudes des personnes se trouvant en difficultés professionnelles, suite à un problème de santé, peuvent être variées, allant de la reconnaissance à la revendication la plus forte. Dans ce cas-là, il s'agit de personnes ayant déclaré officiellement leur statut de travailleur handicapé.

Il se peut également qu'une personne en situation de handicap refuse de divulguer son statut ou même encore son handicap lorsqu'il est invisible. Dans le cas où le travail ne nécessite aucun aménagement matériel ni organisationnel, certaines personnes en situation de handicap préfèrent garder leurs difficultés sous silence. Estimant n'avoir aucun bénéfice direct à énoncer leur statut, elles gardent cependant en tête qu'une nécessité d'aménagement matériel pourrait justifier le changement officiel de statut pour bénéficier d'une compensation.

Ces attitudes sont souvent conditionnées par le niveau de compensation individuelle dont la personne doit faire preuve. Une personne aveugle doit veiller sans cesse à se repérer dans l'espace au bruit environnant. Une personne en fauteuil roulant, quant à elle, doit veiller à adapter ses temps de trajet pour se rendre sur son lieu de travail. Toutes ces adaptations aux conséquences du handicap sont des compensations individuelles qui nécessitent une vigilance permanente. L'augmentation des facteurs de risques tels que le stress ou la fatigue amène un désavantage conséquent pour la personne qui doit s'accommoder en permanence. Ces attitudes vont donc amener les personnes à ressentir les facteurs environnants différemment, c'est à dire qu'elles sont plus sensibles à toute variation de l'environnement.

Lorsque l'on aborde le ressenti des personnes se trouvant « *handicapées en situation de travail* »⁸⁹, les termes employés sont : souffrance, solitude, manque de reconnaissance ou bien encore injustice. Ces sentiments sont en partie exprimés en fonction des mesures de compensation mises en place. Lorsque la personne ne se sent pas soutenue, accompagnée ou intégrée, ce type de sentiments négatifs semblent logique et compréhensible. L'une des manières d'atténuer ce ressenti est d'adopter une posture de « compensation managériale »⁹⁰ qui consiste à admettre qu'une partie de la sphère privée puisse venir interagir avec la sphère professionnelle dans le cas des enjeux d'un handicap au travail.

Le rôle du cadre est ici de tolérer que les difficultés personnelles liées au handicap puissent avoir parfois un impact sur le comportement d'un agent en situation de handicap. Le problème de comportement de l'agent peut ainsi s'expliquer par l'impact de son handicap sur sa vie quotidienne, qu'elle soit personnelle ou professionnelle. Il est cependant du rôle du cadre de proximité de faire la part des choses entre les conséquences du handicap qu'il faut compenser, et les comportements et attitudes de l'individu, qui relèvent de son choix, et qu'il peut être nécessaire de recadrer.

Ces attitudes conditionnent également l'efficacité au travail au travers des relations interpersonnelles.

6.2.3. La difficulté d'évaluer les compétences

Les relations professionnelles avec des collègues ou des supérieurs vont déterminer l'état d'esprit et la motivation au travail. Il en est de même pour les personnes en situation de handicap, au détail près qu'elles sont plus sensibles à toute discrimination que n'importe quel travailleur.

Le cadre de proximité doit bien connaître le travail des agents afin d'estimer au plus près les difficultés liées au handicap. La bonne connaissance des tâches et des activités d'une équipe permet au cadre de déterminer avec l'agent en situation de handicap les limitations que celui-ci pourra rencontrer dans la réalisation des activités prescrites. Nous en arrivons donc naturellement à la rédaction de la fiche de poste. Il semble que,

⁸⁹ TISSERANT G. (2012), *op. cit.*, p. 105

⁹⁰ TISSERANT G. (2012), *op. cit.*, p. 131

généralement, l'existence d'une fiche de poste puisse être le point de départ d'un travail d'adaptation et d'évaluation des capacités d'un agent en situation de handicap. Il s'agit, dans cette démarche, de mettre en œuvre les mesures de compensation de l'entreprise, c'est à dire de trouver un compromis entre les capacités de l'agent et ce que l'établissement est prêt à concéder. Le bénéfice de cette analyse doit être bilatéral.

La difficulté majeure de cette analyse est de trouver, pour les parties en présence, la limite acceptable entre le travail prescrit par la fiche de poste et le travail réalisable par l'agent « handicapé en situation de travail ». D'après certaines personnes rencontrées, l'évaluation des performances doit être effectuée de manière absolue sans tenir compte du handicap de la personne. Ces personnes estiment qu'un travailleur handicapé est tout aussi capable qu'un autre, lorsque son handicap ne touche pas ses tâches ou activités professionnelles. Par exemple, dans le cas d'un travail sédentaire nécessitant d'être assis toute la journée, une personne en fauteuil roulant n'est pas gênée dans ses activités quotidiennes au travail.

Nous pouvons cependant moduler ces affirmations en apportant un regard différent sur l'évaluation des capacités d'une personne handicapée. La notion de temps est importante dans le travail d'un agent handicapé. En effet, une fiche de poste ne prescrit pas le temps imparti à chaque tâche quotidienne ni le délai maximum de réalisation de celle-ci. Guy TISSERANT nous amène cette réflexion supplémentaire sur la manière de manager une personne en situation de handicap : il faut veiller à « *adapter des objectifs de production individuelle* »⁹¹. Il s'agit d'un acte managérial du cadre de proximité que d'individualiser les objectifs professionnels en tenant compte de la singularité de l'agent, dans notre cas le handicap. Cela nous conduit toujours à considérer le handicap comme une singularité professionnelle à prendre en compte dans l'analyse des objectifs personnels et dans l'adaptation de la fiche de poste au regard des possibilités de l'agent.

6.2.4. Accéder à un emploi adapté

L'emploi de travailleurs en situation de handicap nécessite de gros efforts de la part d'un établissement que ce soit, nous l'avons vu, dans un accompagnement le plus individualisé possible, mais également dans la mise en place d'une politique des ressources

⁹¹ TISSERANT G. (2012), *op. cit.*, p. 128

humaines. Celle-ci doit intégrer le handicap comme singularité, que ce soit dans un parcours de recrutement ou bien lors d'une procédure de reclassement.

Les cadres rencontrés s'accordent à dire qu'il y a une nécessité à intégrer le handicap dans la politique globale de gestion des ressources humaines. Les référents handicap ont ici un rôle à jouer dans le lien et l'articulation de leurs réseaux internes et externes. Ils peuvent faciliter la compréhension du handicap et apporter des outils pour accompagner les processus RH d'un établissement. Il s'agit d'une démarche active de tolérance qui nécessite de comprendre les contraintes personnelles, d'évaluer les capacités de la personne et d'estimer les compensations raisonnables que l'établissement peut mettre en œuvre.

En ce qui concerne le maintien dans l'emploi dans la Fonction Publique Hospitalière, il se décompose en deux temps. Lorsqu'un agent se trouve en difficulté suite à un problème de santé, on envisage d'abord l'adaptation de son poste de travail puis, si cela s'avère impossible, le reclassement professionnel (nous verrons un peu plus tard en quoi peuvent consister les aménagements proposés). Lors d'un reclassement pour raisons médicales, l'agent en situation de handicap se trouve dans une position plus passive. En effet, lorsque l'établissement engage une procédure de reclassement pour un agent, il est en droit de reconnaître ce dernier comme bénéficiaire de l'obligation d'emploi et donc de le prendre en compte lors de la déclaration annuelle d'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, sans demander l'avis à l'agent concerné. En plus de son état de santé qui se dégrade, l'agent voit donc son statut de travailleur évoluer sans qu'il n'ait pu rien décider. On peut donc observer qu'actuellement le reclassement professionnel est souvent très mal perçu par les salariés d'un établissement car dépersonnalisant et rendant la personne passive. Cependant le versant « maintien dans l'emploi » reste majoritaire des les établissements publics de santé face aux recrutements difficiles et encore peu nombreux.

Le recrutement d'une personne en situation de handicap reste difficile. Bien que des fiches de poste puissent exister et permettre d'analyser les capacités de la personne recrutée face aux tâches prescrites, certains agents, bien que remplissant toutes les conditions requises, se voient refuser des postes. Il existe encore actuellement des réticences voire des refus de responsables à recruter des personnes handicapées ayant

pourtant les compétences recherchées. N'ayant aucune raison objective pour motiver le refus, les agents peuvent souvent accéder aux postes.

6.2.5. Des difficultés inhérentes à la situation de handicap au travail

Bien qu'une prise de conscience existe en ce qui concerne l'emploi des personnes handicapées à l'hôpital, il persiste des difficultés qui sont difficilement compensables. Comme nous l'avons vu en ce qui concerne l'accompagnement individuel, les agents en situation de handicap restent réticents à fournir des informations personnelles au cadre responsable. Même si la communication de certaines informations plus personnelles pourrait permettre de comprendre le ressenti et les difficultés liées au handicap, les agents désirent communiquer au minimum. Cette réticence est souvent attachée à la peur de la sanction. En effet, une personne en situation de handicap reste vulnérable car elle possède des limitations dans sa vie quotidienne. Il existe chez certaines personnes handicapées une véritable peur d'être sanctionnées sur des tâches ou des activités qu'elles ne sont pas ou plus capables de faire. Le cadre de proximité doit être le garant de la confidentialité des informations transmises mais doit également mettre en place un climat de confiance qui permet à un agent en difficulté de venir chercher conseil auprès du cadre et de ne pas avoir peur qu'il apprenne ses difficultés.

La vulnérabilité d'un travailleur handicapé réside également dans sa capacité de mise à distance nécessaire à l'analyse d'une situation problématique, c'est-à-dire qu'il peut se sentir facilement impliqué personnellement. Plusieurs personnes interrogées se sentent heurtées par la maltraitance institutionnelle globale (en dehors de toute situation de handicap). Cependant, l'existence d'un handicap semble majorer le ressenti vécu dans un cas de maltraitance de l'institution. Ainsi, une demande non traitée par un service logistique pourrait paraître sans conséquence de manière générale mais est couramment vécue plus difficilement si la personne est en situation de handicap. Cela est également à rapprocher d'un ressenti stigmatisant, engendrant une sensibilité particulière des personnes handicapées à toute action perçue comme injuste.

Une autre difficulté semble présente en matière de handicap au travail, il s'agit de l'aspect financier. Généralement, le handicap a un impact économique, qu'il concerne le financement d'aides techniques, l'accessibilité globale d'un établissement ou bien encore les coûts salariaux. Le FIPHFP permet de supporter un certain nombre de coûts engendrés

par le handicap d'agents à l'hôpital. Il peut financer des aménagements matériels pour l'amélioration des conditions de vie, les études nécessaires pour ces aménagements ou bien les formations nécessaires à l'accompagnement de personnes ou à la mise en place d'aides. Les interlocuteurs de ce fonds sont les établissements publics. La gestion des aménagements est assurée de manière centralisée au sein des établissements et le FIPHFP est ensuite sollicité pour le financement.

En revanche, un coût reste à la charge des établissements : le coût humain. Il n'existe pas, à ma connaissance, de dispositifs de compensation de productivité liés à l'emploi de personnes en situation de handicap. Comme nous l'avons envisagé précédemment, un agent en situation de handicap peut être capable d'effectuer les mêmes activités qu'une personne non handicapée mais peut, en revanche, avoir besoin de plus de temps. Cette notion de temps peut nécessiter de réorganiser l'activité d'une équipe en répartissant la charge de travail. La perte de productivité liée à cette réorganisation de l'activité n'est pas supportée par le FIPHFP et reste donc à la charge de l'établissement. Le cadre doit donc veiller à trouver un juste compromis pour l'agent en situation de handicap et pour l'organisation du travail de l'unité.

Pour les personnes que j'ai pu rencontrer, la perte de salaire qui accompagne une réduction du temps de travail de droit a été réfléchié mais lui a été préféré le confort de vie. Bien évidemment, un agent demandant à restreindre son temps de travail à cause de son handicap se le verra accordé mais supportera seul la perte de salaire qui s'en suit.

6.3. Intégrer au sein d'une équipe

6.3.1. Entre protection et rejet

Les situations que l'on peut rencontrer dans les équipes sont parfois complexes, oscillant entre protection conduisant au silence et rejet engendrant un conflit d'équipe. Le handicap d'un collègue au sein d'une équipe est une question qui soulève des réactions diverses.

Le soutien et la compréhension ont été exprimés à plusieurs reprises. Ce sont généralement les relations personnelles, qui lient certains membres d'une équipe à la personne en situation de handicap, qui vont mettre en avant cette dynamique positive.

Néanmoins, il arrive parfois que ce soutien aille jusqu'à la protection d'un collègue en difficulté. Par peur de la sanction, les équipes peuvent être amenées à protéger un collègue en dissimulant les problèmes, voire en gardant sous silence des accidents survenus à cause d'un handicap. Comme nous l'avons vu, le rôle du cadre est d'établir un climat de confiance permettant à chacun, non pas de dénoncer un collègue, mais plutôt d'alerter le cadre de proximité sur les difficultés d'un membre de l'équipe. L'identification des difficultés de manière précoce permet d'accompagner la prise de conscience de ses difficultés par l'agent, de l'accompagner dans les démarches administratives et dans l'analyse de ses besoins.

En revanche, les dynamiques négatives au niveau des équipes s'expriment sous la forme d'une ignorance, d'une gêne voire d'une intolérance à la présence d'une personne en situation de handicap au sein de l'équipe. Cela peut parfois conduire à voir éclater un conflit interne à l'équipe, ou encore entre l'équipe et le cadre de proximité. Ce type de situation liée au handicap est parfois l'occasion donnée à une équipe de discuter et d'aborder des sujets sensibles.

Dans le cas où le cadre peut être lui-même en situation de handicap, l'une des personnes rencontrées raconte qu'elle a pu observer un dénigrement et une certaine frustration de la part de membres de l'équipe. En effet, ils semblaient mal supporter que leur supérieur puisse être lui-même handicapé et occuper un poste à responsabilités.

6.3.2. Impliquer les équipes et appliquer une pédagogie de l'intégration

L'intégration d'un collègue en situation de handicap peut être un moment difficile pour une équipe. Que les ressentis envers le handicap d'un collègue soient positifs ou négatifs, il en va du rôle du cadre que de se positionner pour impliquer l'équipe et faire preuve de pédagogie pour que l'intégration de l'agent en situation de handicap se passe dans les meilleures conditions.

Il est important, lors d'une intégration, de différencier les mesures visant à réduire les désavantages causés par le handicap, des privilèges accordés au nom d'un quelconque favoritisme. La compensation qui est mise en place dans une situation précise doit donc être expliquée avant l'arrivée de la personne. Il s'agit d'anticiper et de prendre le temps nécessaire à la préparation des conditions favorables à une bonne intégration. Il faut pour

cela que le cadre comprenne les besoins de compensation de la personne en situation de handicap et mette en œuvre les aménagements nécessaires avant son arrivée. Les premiers moments de l'arrivée d'un collègue sont déterminants pour la suite du travail en équipe.

Il est ici question de sensibiliser l'équipe, c'est à dire un collectif de travail pour intégrer une personne handicapée. Afin que la démarche entreprise pour l'intégration puisse être pérenne, il est nécessaire que les membres de l'équipe comprennent en quoi vont consister les compensations mises en place. La sensibilisation doit se faire par le cadre dans une dynamique pédagogique. C'est par la pédagogie de l'intégration, en veillant à préparer correctement le « terrain », que le cadre peut mettre en place un climat serein et clair, limitant les mauvaises interprétations et les « *phénomènes de représentations* »⁹².

Cette démarche se veut pédagogique mais se trouve être également éthique. En effet, il est plus important pour une personne handicapée que pour une autre de ne pas être stigmatisée au sein d'une équipe. Etant plus sensible à tout phénomène de stigmatisation, il est important qu'elle puisse ne pas se sentir exclue ou différente.

6.3.3. Adapter l'environnement

Les mesures de compensation permettent l'adaptation de l'environnement au handicap. Nous allons voir maintenant qu'une mesure de compensation peut toucher l'aspect technique comme l'aspect organisationnel du travail.

Lorsque l'on pense à l'aménagement d'un poste de travail pour une personne en situation de handicap, on envisage immédiatement l'aspect matériel/technique. Cela consiste à effectuer une étude ergonomique du poste de travail, lorsque les dispositions existantes ne permettent plus à la personne de conserver son autonomie. Il faut pour cela envisager l'accessibilité du lieu de travail pour un individu. Les demandes d'aides techniques sont étudiées puis envoyées à la direction de l'établissement qui transmettra le dossier au FIPHFP pour le financement. Il est important de rappeler que les aides obtenues dans ce cadre le sont bien à titre individuel, et ne peuvent au aucun cas être prises en compte pour une autre personne souffrant du même handicap.

⁹² TISSERANT G. (2012), *op. cit.*, p. 161

Une compensation technique peut parfois nécessiter un complément de formation dans le cas de matériel lourd ou très spécifique, comme la mise en place d'un outil informatique adapté à une personne aveugle. Cette formation spécifique au matériel mis en place rentre dans le cadre de la compensation technique, tout comme les aides humaines. L'assistance d'une personne ou bien d'un animal peut également être envisagée : il s'agit de « *compensation technique relationnelle* »⁹³ que l'on peut différencier d'aides techniques matérielles. Le cadre envisage avec l'agent et l'ergonome qui effectue l'étude du poste, les besoins spécifiques. Il doit essentiellement veiller à ce que l'agent lui-même puisse exprimer ses envies ou ses réticences. Cependant, malgré les dispositions légales et financières prévues, une personne interrogée regrette que les aménagements techniques soient si longs à obtenir, et relèvent malheureusement plus souvent du bricolage par des arrangements individuels que par la voie officielle.

L'action du FIPHFP peut également prendre la forme d'aménagements collectifs pour permettre l'accessibilité des lieux à différents types de handicap. Dans le cas de travaux lourds nécessitant le réaménagement d'un bâtiment ou la mise en place d'un ascenseur servant à la collectivité, les établissements publics, dans le cadre du conventionnement avec le fonds, peuvent solliciter des aides financières. Il ne s'agit plus d'agir pour les besoins d'un seul, mais bien de permettre l'accessibilité des lieux d'intérêts communs de l'établissement tels que le restaurant du personnel, les bureaux de la direction ou bien encore les différents services assurant le support logistique, devant être accessible à tous les agents.

La compensation du handicap ne se limite pas aux aides matérielles. Ces aménagements nécessitent bien souvent une compensation au niveau de l'organisation du travail. Le rôle du cadre est alors majeur dans cette phase, puisqu'il est l'interlocuteur privilégié de l'agent en situation de handicap. Cette réflexion sur l'organisation du travail peut se faire à l'occasion d'un aménagement du poste de travail ou non. L'organisation du travail peut être pensée de plusieurs manières pour l'agent : dans le cadre d'une réduction du temps de travail, dans le cadre d'aménagements d'horaires ou bien en modifiant l'organisation globale.

⁹³ TISSERANT G. (2012), *op. cit.*, p. 124

L'impact d'une réduction du temps de travail doit être bien réfléchi et accepté par l'agent. « *L'effort de compensation consistera à accepter le temps partiel et les impacts que cela peut générer en termes d'intérêt du travail, de statut social et de rémunération* »⁹⁴. Cette réflexion portée sur le temps de travail est importante, car elle peut parfois être l'occasion de repenser les effectifs sur un poste donné. En revanche, l'étude organisationnelle peut parfois concerner un aménagement des horaires de travail sans réduction du temps de travail. Il s'agit de décaler les horaires d'arrivée et de départ dans la journée ou bien de répartir le temps de travail hebdomadaire de façon différente. Les transports pouvant être fatigants aux heures de pointe, il peut être utile de décaler les horaires de trajets pour réduire la fatigue engendrée.

La troisième manière de permettre une compensation organisationnelle est de modifier et de répartir différemment la charge de travail. Il s'agit d'un point clé mais néanmoins délicat dans le travail du cadre. Selon l'activité, il est parfois nécessaire de réaffecter certaines tâches à d'autres membres de l'équipe. En effet, la suppression de tâches pour un agent en situation de handicap doit nécessairement se reporter sur le collectif. Certaines personnes se voient donc confier plus de tâches. Ce type de réorganisation assure une compensation au niveau de l'équipe. Il est donc essentiel pour le cadre d'évaluer la faisabilité d'une telle proposition au niveau du collectif de travail. C'est principalement à ce niveau de compensation que se situe la majorité des difficultés relatives à l'intégration d'une personne handicapée en situation professionnelle.

Tout le travail du cadre va consister à déterminer les marges de manœuvre dont il dispose afin de trouver un équilibre entre ce qu'il est raisonnable de faire pour l'intégration d'un agent en situation de handicap, et ce qu'il est envisageable de proposer à une équipe pour permettre d'intégrer un agent dans les meilleures conditions. Il faut éviter d'engendrer des tensions au sein de l'équipe pouvant mener à un conflit collectif, stigmatisant de surcroît l'agent en situation de handicap. Cela n'aurait pour effet que de renforcer le phénomène de représentation, entraînant une généralisation et renforçant les préjugés. La personne handicapée, quant à elle, pourrait développer un sentiment de culpabilité, pouvant chercher à surcompenser les difficultés qu'elle peut amener au collectif de travail au risque de se mettre en danger.

⁹⁴ TISSERANT G. (2012), *op. cit.*, p. 125

« Pour être supportables, les efforts relatifs aux compensations associées à l'intégration, dans une organisation, de toute singularité porteuse de conséquences, doivent donc être répartis de manière raisonnable entre les différents acteurs. En effet, plus l'effort est mutualisé entre un nombre important de personnes, plus il est supportable pour chacune d'entre elles »⁹⁵. Le cadre veille donc à rechercher une solution optimale, régulant ainsi les réponses aux besoins de chacun en étant le plus équitable possible, évitant ainsi les phénomènes de rejet des personnes en situation de handicap.

⁹⁵ TISSERANT G. (2012), *op. cit.*, p. 120

7. LES LIMITES ET DIFFICULTES DU TRAVAIL

Ce travail de recherche m'a permis de me confronter à une réalité de terrain que j'avais du mal à envisager dans toutes ses dimensions.

La première des difficultés a été de délimiter du sujet. La circonscription du corpus théorique n'a pas été chose aisée, car le handicap est un sujet qui touche de nombreuses disciplines universitaires. Il peut être abordé sous l'angle de spécialité médicale ou bien dans ses dimensions sociales. Il m'a donc fallu choisir et j'ai pris la décision de l'aborder sous un angle plus sociétal. J'ai souhaité comprendre cet abord et j'ai découvert l'importance des différents courants de pensées. J'ai donc choisi d'élaborer mon cadre théorique en effectuant un éclairage au regard des sciences humaines et plus spécifiquement de l'anthropologie, de la sociologie et de la psychologie.

En ce qui concerne l'enquête de terrain, la difficulté initiale concernait la manière de recueillir les données, c'est à dire comment choisir les personnes à interroger. Afin de comprendre les acteurs qui peuvent entrer en jeu, j'ai effectué ma phase exploratoire de recherche en réalisant des entretiens avec des personnes ressources qui m'ont permis de comprendre globalement les enjeux de ma problématique.

Une fois que j'ai pu comprendre les acteurs qui interviennent dans l'évolution du handicap au travail, il a été difficile pour moi d'identifier des personnes en situation de handicap que je pourrais rencontrer. Je ne savais pas comment faire pour rechercher des personnes « handicapées en situation de travail ». J'ai donc utilisé des personnes ressources ainsi que mes réseaux professionnels et personnels pour m'aider à trouver des personnes susceptibles de me répondre.

Le problème d'aborder un sujet comme le handicap est qu'il touche d'abord la sphère personnelle d'un individu avant de toucher la sphère professionnelle. Il m'a fallu appréhender le handicap des personnes avant de pouvoir comprendre les répercussions sur le milieu de travail. J'ai ressenti parfois une gêne à poser des questions personnelles, par peur de heurter la sensibilité de personnes qui ont eu la gentillesse de répondre à ma demande. Mon souci, durant les entretiens, a été que les personnes interrogées ne

considèrent pas ma démarche comme étant trop intrusive. J'ai donc veillé à aborder les thèmes plus personnels de manière empathique et surtout très respectueuse.

Les entretiens que j'ai pu faire n'avaient pas pour but l'exhaustivité mais bien d'amener à la compréhension d'un phénomène et de formuler des hypothèses de réflexion. L'approche qualitative que j'ai privilégiée dans ce travail de recherche, m'a permis d'obtenir une richesse de données qui m'ont aidé à prendre conscience de la multiplicité des situations. De plus, les six entretiens ont été réalisés uniquement en région Ile-de-France, ce qui ne me permet pas de généraliser mes pistes de réflexion à l'ensemble de la Fonction Publique Hospitalière.

8. SYNTHÈSE

A l'issue de cette enquête, de son analyse et de la mise en corrélation avec les données du corpus théorique, il me faut maintenant confronter les résultats avec mes hypothèses de départ.

Ma première hypothèse était que les cadres de santé ne sont pas préparés à prendre en compte un personnel présentant un handicap dans leur équipe. Mes recherches m'ont permis de comprendre que le handicap est encore une notion mal connue. Le poids des représentations est important dans la façon d'aborder celui-ci. Prenant de nombreuses formes, il est difficile d'identifier ce qui peut constituer un handicap pour une personne en situation de travail. Parfois sujet tabou, parler du handicap renvoie à une expérience personnelle que certains peuvent avoir du mal à expliquer lorsqu'ils se trouvent en situation professionnelle. Les cadres de proximité sont souvent démunis, que ce soit pour proposer des aides aux agents ou encore pour les accompagner dans les démarches administratives qu'ils méconnaissent le plus souvent. Le handicap d'une personne est souvent vécu comme une différence alors qu'au contraire, le traiter comme une singularité constituant un individu permet de se passer des stéréotypes et d'améliorer les relations interpersonnelles.

Ma seconde hypothèse était que les cadres de proximité peuvent articuler et mettre en œuvre des mesures d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap, au regard des dispositions prévues au sein de l'établissement. C'est en formant les cadres à une compréhension du handicap que l'on peut ensuite envisager d'accompagner et d'intégrer des personnes en situation de handicap au sein d'équipes de soins. L'accompagnement d'un agent doit se faire de façon individuelle pour pouvoir comprendre ses besoins de compensation. Souffrance, stress et fatigue peuvent être repérés par le cadre de santé, mais il est cependant parfois difficile de déceler ce qui résulte des conséquences du handicap de ce qui relève d'un comportement volontairement exagéré.

La compensation, qu'elle soit matérielle humaine ou organisationnelle, permet une réduction équitable des désavantages causés par la situation de handicap. Elle permet ainsi de rétablir une égalité des chances entre tous les membres d'une équipe. Le travail, délicat,

du cadre est de proposer un management équitable pour tous, agents handicapés ou non, car au-delà de la prise en compte de l'individu handicapé en situation de travail, il y a une équipe de soins. Pour qu'une solution de compensation soit durable et supportée par tous, il est essentiel que l'effort consenti reste raisonnable. Toute la subtilité du travail pour le cadre sera de concilier les dispositions institutionnelles, les possibilités d'une équipe et la volonté d'un individu étant désavantagé professionnellement. Il occupe en effet une place de choix pour évaluer les mesures envisagées permettant de trouver un consensus, acceptable au regard de la nécessité de faciliter l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap à l'hôpital.

CONCLUSION

Méconnu dans l'ensemble, empreint de préjugés et parfois stigmatisant pour ceux qui en souffrent, le handicap n'est pas facile à comprendre pour ceux qui le regardent sans le voir. Cette notion a évolué au fil des décennies, prenant tour à tour des formes diverses, allant de l'infirmité à ce qu'on nomme aujourd'hui « situation de handicap ». Ce début de siècle a vu émerger des approches du handicap qui ne se centrent plus seulement sur l'aspect médical mais plutôt sur une combinaison de celui-ci avec une approche plus sociale. Les différents travaux réalisés dans le monde témoignent de la diversité des réflexions portées sur le handicap. C'est à partir de ces réflexions que l'Organisation Mondiale de la Santé a pu établir en 2001 une Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé. Cette approche nouvelle a permis de concilier des points de vues autrefois divergents.

C'est à partir de ces travaux, que la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a émergée. Permettant de définir légalement le handicap, elle se fonde sur le principe de non-discrimination pour établir 5 axes majeurs, dont celui de l'insertion professionnelle. Elle permet de mettre en place de nouvelles dispositions en faveur des personnes handicapées, dont la plus marquante est la création du FIPHFP. Ce fonds permet de favoriser l'emploi des personnes handicapées au sein des trois fonctions publiques.

Ce qui m'a intéressé dans ce travail est de comprendre le rôle que le cadre de santé peut jouer dans l'accès à l'emploi des personnes handicapées à l'hôpital. J'ai eu l'occasion de rencontrer des personnes en situation de handicap ainsi que des responsables au sein de deux établissements publics de santé. Les entretiens que j'ai menés m'ont permis de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les agents en situation de handicap, mais également d'observer les écarts entre ce qui est prescrit et la réalité quotidienne souvent moins aisée. Les cadres de proximité sont souvent démunis face à un agent qui se trouve handicapé au travail. Loin d'être formés à accompagner ce type de singularités, les cadres de santé ont néanmoins un rôle important puisqu'ils se situent à la fois près des équipes de soins et près des responsables qui font la politique handicap de l'établissement. Ils ont une place de choix pour observer les difficultés quotidiennes et comprendre les dispositifs

existant pour compenser le handicap d'un agent. La posture managériale des cadres de proximité peut se décomposer selon trois grandes fonctions : la sensibilisation à la notion de handicap, l'accompagnement individualisé dans un poste et l'intégration au sein d'une unité de soins.

Ce travail n'a pas été facile à débiter car il existe encore peu de publications sur le sujet. De plus, lors des rencontres, je me suis aperçu de la difficulté de parler du handicap au travail sans aborder l'aspect affectif et personnel que prend le handicap chez une personne. Enfin, j'ai pu approfondir un aspect que je connaissais encore mal concernant le handicap, mais je n'ai fait qu'initier une démarche de réflexion circonscrite par quelques entretiens et limitée à la vision francilienne du travail à l'hôpital. Cette réflexion va me permettre d'envisager un versant de mon futur travail de cadre de santé de manière différente. J'aurai peut-être l'opportunité de poursuivre ce travail en élargissant les rencontres, afin de comprendre tous les enjeux de l'emploi de personnes en situation de handicap à l'hôpital.

BIBLIOGRAPHIES ET REFERENCES

Ouvrages :

- ALBARELLO L. (2007), **Apprendre à chercher – 3^e édition**, BRUXELLES : Ed. De BOECK, 207 p.
- BOUGRAB J. & De BROCA A. (2011), **Code du Handicap – 2^e édition**, PARIS : Ed. DALLOZ, 979 p.
- FOUCAULT M. (1990), **Les mots et les choses, Une archéologie des sciences humaines**, PARIS : Ed. GALLIMARD, 400 p.
- FREUD S. (1988), **Deuil et mélancolie**, in *Œuvres complètes, tome VIII*, PARIS : PUF
- GARDOU C. (2010), **Le handicap au risque des cultures : variations anthropologiques**, TOULOUSE : Editions ERES, 437 p.
- GARNIER, DELAMARE (2000), **Dictionnaire des termes de médecine – 26^{ème} édition**, PARIS : MALOINE, 991 p.
- GOFFMAN E. (1975), **Stigmate : les usages sociaux du handicap**, PARIS : Ed. de MINUIT, 180 p.
- HAMONET C. (2010), **Les personnes en situation de handicap - (6^e édition)**, PARIS : PUF, Collection *Que sais-je ?*, 127 p.
- HANUS M. (1994), **Les deuils dans la vie – Deuils et séparation chez l'adulte et chez l'enfant**, PARIS : MALOINE, 331 p.
- KAUFMANN J.C. (1996), **L'entretien compréhensif**, PARIS : Ed. NATHAN, 128 p.
- Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville (2010), **Guide pratique – L'emploi des personnes handicapées – 3^e édition**, PARIS : La Documentation Française, 496 p.
- MURPHY R. (1990), **Vivre à corps perdu : le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé**, PARIS : PLON, Coll. Terre Humaine, 392 p.
- Organisation Mondiale de la Santé (2001), **Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap**, GENEVE : Ed. de l'OMS, 304 p.
- STIKER Henri-Jacques (2005), **Corps infirmes et sociétés : essais d'anthropologie historique – 3^e édition**, Paris : DUNOD, p. 131

- TISSERANT G. (2012), **Le handicap en entreprise : contrainte ou opportunité ? - Vers un management équitable de la singularité**, PARIS : Ed. PEARSON, 192 p.

Articles :

- CAIRA L. (2012), **Maintenir dans l'emploi des personnes en situation de handicap**, in *Soins Cadres*, n° 82/mai 2012, p. 25-28
- COMPTE ROY (2008), **De l'acceptation à la reconnaissance de la personne handicapée en France : un long et difficile processus d'intégration**, in *Empan*, 2008/2 n° 70, p. 115-122
- DeJONG Gerben (1979), « **Independant Living : from Social Movement to Analytic Paradigm** », *Archives of Physical Medical Rehabilitation*, 60, p. 439.
- FOUGEYROLLAS P. (1983), **Entre peaux : logis de la différence. Du handicap à l'autonomie**, Québec, Mémoire de maîtrise, Université de Laval
- FOUGEYROLLAS P. et coll. (2000), **Vivre sans handicap à domicile : un projet réaliste ou utopiste pour les personnes ayant des incapacités ?**, Rapport de recherche, RIPPH, Lac Saint-Charles
- JAMET F. (2003), **De la classification internationale du handicap (CIH) à la classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap**, in *La revue de l' AIS*, N°22/2^{ème} trimestre 2003, pp. 163-171
- KORF-SAUSSE S. (2012), **Approche psychanalytique du handicap**, in *Le carnet PSY*, 2012/1 n° 159, p. 24-27
- MAUDINET M. (1999), **Introduction de la journée sur les enjeux de la classification internationale des handicaps**, in *Handicap*, 81, 1999, pp. 3-5
- PHILIPPIN Y. (2006), **Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique**, in *Revue internationale de soins palliatifs*, 2006/4 vol. 21, pp. 163-166
- ROGEL T. (1997), **La stigmatisation**, in *DEES 107*, mars 1997, pp. 53-60
- ROMIEN Pierre (2005), **A l'origine de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées : la prise en charge des invalides de guerre**, in *Revue Française de Affaires Sociales* n° 2-2005 (n°2), p. 229-247
- SAILLANT F., FOUGEYROLLAS P. (2007), **L'icône du handicap**, in *Reliance*, n°25, 2007, p. 81-87

- STIKER H.J. (2009), **Comment nommer les déficiences ?**, in *Ethnologie française*, 2009/3 Vol. 39, p. 463-470

Webographie :

- **La place du travail dans l'identité des personnes**,
< <http://savoir.fr/la-place-du-travail-dans-l-identite-des-personnes> > [consulté le 21/04/2012]
- **La politique du handicap, Chronologie**
< <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-handicap/chronologie/> > [consulté le 29/12/2011]
- **Loi du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées**
< <http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-vote/loi-du-11-fevrier-2005-pour-egalite-droits-chances-participation-citoyennete-personnes-handicapees.html> > [consulté le 7/04/2012]
- FIPHFP (2009), **Guide de l'employeur public**,
< www.fiphfp.org > [consulté le 12/03/2012]
- FIPHFP, **Les conventions au service de votre politique**,
< www.fiphfp.fr >, [consulté le 12 mai 2012]
- IMS-Entreprendre pour la cité, **Les stéréotypes sur les personnes handicapées – Comprendre et agir dans l'entreprise : Guide pratique**, Avril 2011,
<http://www.imsentreprendre.com/documents/Les_stereotypes_sur_les_personnes_handicapees.pdf > [consulté le 29 mars 2012]
- VALADE Bernard, **Hôpital général**, in *Encyclopedia Universalis en ligne*,
< <http://www.universalis-edu.com.ezproxy.u-pec.fr/encyclopedie/hopital-general/> > [consulté le 03/03/2012]

Textes règlementaires et législatifs :

- Loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations
- Loi n° 2008-492 du 26 mai 2008 relative aux emplois réservés et portant dispositions diverses relatives à la défense

- Loi n° 2008-126 du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi n°87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées
- Loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés
- Loi du 26 avril 1924 assurant l'emploi obligatoire des mutilés de guerre
- Loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail

- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute

- Article L. 114 du Code de l'action sociale et des familles
- Article L. 146-9 du Code de l'action sociale et des familles

- Article L. 323-8-6-1 du Code du travail
- Article L. 4624-1 du Code du Travail
- Article L. 5211-4 du Code du travail
- Article L. 5213-1 du Code du travail
- Article L. 5213-3 du Code du travail
- Article R. 5213-7 du Code du travail
- Article L. 6341-3 du Code du travail

TABLE DES ANNEXES

Annexe n°1 : Grille d'entretien pour les agents en situation de handicap

Annexe n°2 : Grille d'entretien pour les cadres

Annexe n°3 : Grille d'analyse des entretiens

Annexe n°4 : Typologie des personnes interrogées

Annexe n°5 : Tableau de synthèse des thématiques abordées par entretien

Annexe n°6 : Tableau de synthèse du traitement des données

Annexe n°1 : Grille d'entretien pour les agents en situation de handicap

Je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer. Je vais tâcher de me présenter succinctement et de vous expliquer rapidement le cadre de ma recherche. Je suis étudiant cadre de santé, ergothérapeute de formation, et je construis mon mémoire autour du thème du handicap chez les soignants à l'hôpital. On parle souvent du handicap des personnes que l'on aide et que l'on suit à l'hôpital mais il existe peu d'écrits qui parlent du handicap de ceux qui le soignent.

Je souhaiterais en effet pouvoir connaître votre histoire et comprendre votre parcours. Avant de commencer, je souhaiterais savoir si cela vous dérange que j'enregistre notre entrevue à des fins uniquement personnelles. Cela me permettrait en effet de prendre moins de notes et de pouvoir échanger plus facilement avec vous.

Grille

Données personnelles :

Age	
Sexe	
Profession	

Lié au handicap :

Type de handicap	
(Pathologie)	
Date de survenue du handicap	
Evolution dans le temps	
Description des incapacités	
Evolutivité de ces incapacités dans le futur	
Taux d'invalidité	
Difficultés dans la vie quotidienne	
Pratique de loisirs et de sports	

Parcours professionnel :

Expériences professionnelles	
Ancienneté dans l'établissement actuel	
Poste occupé	
Temps de travail	
Raisons de ce temps	

RQTH / BOE

Quelle est l'ancienneté de la RQTH dont vous bénéficiez ?
Etes-vous bénéficiaire de l'obligation d'emploi sur votre poste ?
Quelles difficultés avez-vous rencontrées pour l'obtention de la RQTH ?
Quelles sont été les motivations à la demande de RQTH ?
Avez-vous reçu de l'aide pour monter votre dossier de RQTH ?
Si vous n'avez pas de RQTH, y a-t-il une (des) raisons qui vous empêche de la demander ?
Avez-vous été sollicité pour être dans le quota des bénéficiaires de l'obligation d'emploi ? (si oui, par qui ?)

Le handicap dans le travail quotidien :

Ressenti dans le travail actuel
Qualité des relations avec les collègues de travail
Quelle gêne occasionne votre handicap dans votre travail quotidien ?
Une fiche de poste existe-t-elle ?
L'avez-vous rédigée en collaboration avec votre supérieur ?
Quelles sont les missions qui vous sont dévolues ?
Pouvez-vous me décrire une journée type dans votre travail ?
Comment vos collègues accueillent-ils votre handicap ? Le prennent-ils en compte ?

Place du supérieur hiérarchique :

Qui est votre supérieur hiérarchique (et/ou fonctionnel) direct ?
Comment votre supérieur est-il impliqué au quotidien dans votre travail ?
Existe-t-il une régulation régulière concernant votre activité avec votre supérieur direct ?
Votre supérieur est-il impliqué dans une démarche de compréhension de votre handicap ?
Comment estime-t-il votre handicap ? (contrainte, adaptation)
Votre supérieur a-t-il mis en place des aides ou des mesures pour faciliter votre travail au quotidien ?
Pensez-vous qu'il soit possible d'optimiser plus vos conditions de travail ?
Quelles seraient pour vous les conditions de travail idéales ?
Qu'est-ce qui vous a aidé à obtenir vos conditions de travail actuelles ?
Trouvez-vous que votre hiérarchie soit suffisamment sensibilisée au handicap au travail, expliquez ?

Annexe n°2 : Grille d'entretien pour les cadres

Je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer. Je vais tâcher de me présenter succinctement et de vous expliquer rapidement le cadre de ma recherche. Je suis étudiant cadre de santé, ergothérapeute de formation, et je construis mon mémoire autour du thème du handicap chez les soignants à l'hôpital. On parle souvent du handicap des personnes que l'on aide et que l'on suit à l'hôpital mais il existe peu d'écrits qui parlent du handicap de ceux qui le soignent.

Je souhaiterais en effet pouvoir connaître votre histoire et comprendre votre parcours. Avant de commencer, je souhaiterais savoir si cela vous dérange que j'enregistre notre entrevue à des fins uniquement personnelles. Cela me permettrait en effet de prendre moins de notes et de pouvoir échanger plus facilement avec vous.

1	Quel est votre parcours professionnel ? (Profession d'origine, parcours, ancienneté de cadre)
2	Qu'entendez-vous par la notion de handicap ? Quelles sont vos représentations de ce terme ?
3	Qu'est ce qu'est le « handicap au travail » pour vous ? Quels sont les enjeux ?
4	Avez-vous été confronté au handicap d'un collègue ou d'un membre de l'équipe que vous menez ?
5	De quels types de handicap souffraient-ils ?
6	Comment ce handicap a-t-il été pris en compte dans l'unité ?
7	Comment êtes-vous intervenu dans l'accompagnement de l'agent ?
8	Dans quelles limites pensez-vous qu'il soit possible d'intégrer le handicap dans le travail quotidien d'un agent ?
9	Y a-t-il une politique du handicap dans votre établissement ?
10	Connaissez-vous les axes de cette politique ?
11	Avez-vous bénéficié d'une sensibilisation sur le handicap au travail à l'hôpital ?
12	Estimez-vous avoir les outils nécessaires pour accompagner un agent ?
13	Pouvez-vous bénéficier d'une aide pour favoriser le travail d'agents en situation de handicap ?
14	Quelle(s) attitude(s) adopte(nt) le(s) agent(s) en situation de handicap que vous avez pu rencontrer au fil de votre carrière ?
15	Comment pouvez-vous accompagner la prise de conscience de difficultés liées au handicap ?
16	Quel(s) service(s) peuvent assurer un support pour favoriser le recrutement ou le maintien dans l'emploi d'un agent en situation de handicap ?

Annexe n°3 : Grille d'analyse des entretiens

Après lecture attentive des entretiens menés, les thèmes suivants peuvent émerger. Ils sont regroupés selon des thématiques plus générales concernant le rôle du cadre de santé dans la prise en compte du handicap :

SENSIBILISER	1 - Coordination de la politique du handicap
	2 - Communication et information sur le handicap
	3 - Identification des travailleurs handicapés et des situations de handicap
	4 - Représentations du handicap
ACCOMPAGNER une personne handicapée dans un poste	5 - Accompagnement individuel
	6 - Attitudes et ressentis du travailleur handicapé
	7 - Accès à l'emploi
	8 - Finances / budget
	9 - Contraintes liées au handicap
	10 - Efficacité / compétences
INTEGRER dans un emploi au sein d'une équipe	11 - Dynamiques et attitudes d'équipe face au handicap
	12 - Implication des personnels par rapport à une politique du handicap
	13 - Problèmes éthiques
	14 - Aménagements matériels
	15 - Aménagements de l'organisation du travail

Annexe n°4 : Typologie des personnes interrogées

Entretien n°1	Homme, entre 50 et 60 ans Cadre Supérieur de Santé, Direction des Soins du Centre Hospitalier A Infirmier de formation Responsable de la coordination de la politique handicap pour la Directions des Soins
Entretien n°2	Femme, entre 30 et 40 ans Psychologue dans une unité de soins du Centre Hospitalier B Souffrant d'un handicap moteur
Entretien n°3	Femme, entre 40 et 50 ans Chargé de mission « Handicap » à la Direction des Ressources Humaines du Centre Hospitalier B Assistante sociale de formation Responsable de la coordination de la politique handicap de l'établissement
Entretien n°4	Femme, entre 40 et 50 ans Secrétaire médicale dans une unité de soins du Centre Hospitalier A Souffrant d'un handicap auditif
Entretien n°5	Femme, entre 50 et 60 ans Cadre de santé, Centre Hospitalier A Infirmière de formation Responsable de l'équipe paramédicale d'un pôle
Entretien n°6	Homme, entre 40 et 50 ans Cadre de santé, Centre Hospitalier B Kinésithérapeute de formation Responsable d'une équipe paramédicale de rééducation Souffrant d'un handicap visuel

Annexe n°5 : Tableau de synthèse des thématiques abordées par entretien

	E1	E2	E3	E4	E5	E6
SENSIBILISER	1 - Coordination de la politique du handicap	X		X	X	X
	2 - Communication et information sur le handicap	X	X	X	X	X
	3 - Identification des travailleurs handicapés et des situations de handicap	X	X	X		
	4 - Représentations du handicap	X	X	X	X	X
	5 - Accompagnement individuel			X	X	X
ACCOMPAGNER une personne handicapée dans un poste	6 – Attitudes et ressentis du travailleur handicapé	X	X	X	X	X
	7 - Accès à l'emploi	X	X	X		X
	8 - Finances / budget			X	X	
	9 – Contraintes liée au handicap	X			X	X
	10 - Efficacité / compétences	X	X	X	X	X
INTEGRER dans un emploi au sein d'une équipe	11 - Dynamiques et attitudes d'équipe face au handicap	X	X	X	X	X
	12 - Implication des personnels par rapport à une politique du handicap	X		X		X
	13 - Problèmes éthiques	X		X		X
	14 - Aménagements matériels		X	X	X	
	15 - Aménagements de l'organisation du travail		X	X	X	X

Annexe n°6 : Tableau de synthèse du traitement des données

	Entretien n°1	Entretien n°2	Entretien n°3	Entretien n°4	Entretien n°5	Entretien n°6
<p>I – Coordination de la politique du handicap</p>	<p>→ Mise en place d'un groupe de travail avec des référents DRH, DS, Médecine du travail, psychologues et assistants sociaux du personnel</p> <p>→ signature d'une convention avec le FIPHFP pour s'engager dans une démarche handicap</p> <p>→ Création d'une commission de coordination pour le suivi des personnes en situation de handicap</p> <p>→ Le cadre de proximité doit assurer le lien avec la direction pour permettre l'accompagnement d'un travailleur handicapé (TH)</p>		<p>→ La politique handicap a été pensée avec les partenaires sociaux, initialement pour permettre le maintien dans l'emploi de TH</p> <p>→ Une « mission handicap » doit assurer le soutien des cadres pour intégrer les TH</p> <p>→ Existence d'un réseau de référents handicap assurant la coordination avec DRH, DS, cadres, Médecine du travail et AS</p> <p>→ La mise en œuvre d'une politique handicap doit être faite par un groupe de professionnels coordonné par un référent</p> <p>→ Le référent handicap doit créer des réseaux HORS situations individuelles afin de sensibiliser et former</p>	<p>→ Le référent handicap a été saisi pour une demande d'aménagement de poste.</p> <p>→ La commission de suivi des TH ne l'a pas rencontrée mais elle peut les solliciter au besoin</p> <p>→ Malgré l'existence de référents handicap, il y a un problème d'identification de l'interlocuteur du TH</p>	<p>→ Méconnaissance d'un cadre des dispositions et aides pour les TH car pas de communication de l'établissement</p> <p>→ Orientation vers le référent handicap pour une demande de matériel spécifique</p> <p>→ Différents acteurs DRH, DS, Méd. Travail saisis mais en désaccord, après étude, sur les suites à donner sur une situation</p> <p>→ Remontée d'informations du cadre lors d'accidents de travail répétés malgré les reticences du TH (peur perdre son travail)</p> <p>→ Rôle de soutien du cadre</p>	

<p>2 – Communication et information sur le handicap</p>	<p>→ Organisation d'une sensibilisation générale au handicap (information orale, plaquettes) mais ayant reçu peu d'attention et de sensibilisation</p> <p>→ Nécessité de sensibiliser les responsables (cadres et chefs de services)</p> <p>→ La sensibilisation et l'information des équipes par les cadres de santé sont essentielles pour l'accueil et l'intégration de TH</p> <p>→ Sensibilisation et communication sont obligatoires pour faire augmenter le nombre de déclarations de BOE et une meilleure identification des TH et des situations de handicap</p>	<p>→ La sensibilisation des équipes au handicap doit être général, en dehors d'un cas particulier.</p>	<p>→ Une sensibilisation générale touche la culture institutionnelle créant un cadre de travail favorable au handicap</p> <p>→ Une politique handicap doit se rapprocher des acteurs décisionnels de la mise en œuvre d'actions en faveur du handicap</p> <p>→ Des relais locaux à une politique du handicap permettent la coordination et l'identification d'interlocuteurs privilégiés</p>	<p>→ La sensibilisation en faveur d'un handicap moins visible est difficile</p> <p>→ Il est impossible de sensibiliser à un handicap invisible car il faudrait que les gens vivent celui-ci pour le comprendre</p>	<p>→ Il n'existe pas de sensibilisation formelle</p> <p>→ La sensibilisation passe la proximité avec des TH</p> <p>→ Les TH ne sont pas suffisamment informés sur leurs droits, statuts et obligations</p>	
--	--	--	--	--	--	--

<p>3 – Identification des travailleurs handicapés et des situations de handicap</p>	<p>→ Il n'existe pas de recensement systématique des BOE par la DRH mais au fil des connaissances des situations de handicap</p> <p>→ Il persiste des aménagements locaux au sein des services par les cadres sans passer la DS ou la DRH</p> <p>→ Persistance de difficultés à recenser les situations de handicap, à cause en partie du corporatisme des soignants</p> <p>→ L'adaptation et la réflexion de l'accompagnement sont meilleures quand les situations sont connues tôt</p> <p>→ Sensibilisation et communication sont essentielles pour permettre le recensement de situations de handicap (SDH)</p>	<p>→ L'annonce de la RQTH permet le recensement et l'officialisation d'une SDH par la médecine du travail</p> <p>→ Hormis la médecine du travail, aucun autre service ne s'est intéressé au handicap</p> <p>→ La volonté de la médecine du travail de connaître officiellement une SDH n'est pas exprimée mais elle pense qu'il s'agit de remplir les quotas.</p> <p>→ Volonté de garder son handicap pour elle car elle s'estime tout à fait capable dans son travail.</p>	<p>→ Pour déclarer le nombre de BOE, il faut connaître les personnes en situation de handicap et les dépenses engagées par l'établissement</p> <p>→ Une personne en situation de handicap n'est pas nécessairement un travailleur handicapé avec une RQTH</p> <p>→ Il y a des aménagements pour raisons médicales faites par l'établissement directement</p> <p>→ Mauvaise lisibilité des recrutements de personnes en situation de handicap par les directions des établissements</p>			
--	--	---	--	--	--	--

4 – Représentations du handicap						
<p>→ La handicap est connoté, emprunt d'a priori de la part des gens</p> <p>→ Sujet tabou renvoyant à notre propre expérience du handicap</p> <p>→ Difficultés pour les soignants et les cadres de dire qu'il ne s'intéresse pas au handicap</p> <p>→ Le handicap visible est mieux intégré et accepté</p> <p>→ Notre représentation l'appréciation du handicap</p> <p>→ Les professionnels de santé ne peuvent pas appliquer les mêmes règles d'accompagnement des patients à eux-mêmes ou un collègue</p> <p>→ L'image donné par un individu conditionne la représentation d'un groupe entier</p>		<p>→ Un handicap visible n'amène pas d'interrogation sur celui-ci pour les professionnels. Néanmoins, certains patients peuvent utiliser cette différence comme faille contre le soignant.</p> <p>→ Les handicaps peuvent renvoyer des stéréotypes différents</p> <p>→ A le sentiment que le handicap est une obligation de remplir des quotas au sein de l'hôpital</p> <p>→ Le handicap invisible est suspect. Quand il ne se voit pas il s'agit de la « folie ».</p>	<p>→ Le handicap psychique semble être plus difficile à prendre en compte pour accompagner un individu</p>	<p>→ Le handicap invisible est mal compris et difficile à comprendre pour les autres</p>	<p>→ Le handicap renvoie à une norme de capacité d'action déterminant des difficultés ou une impossibilité</p> <p>→ Pour pallier des difficultés, il faut adapter une situation à la personne</p> <p>→ Il existe différents handicaps</p> <p>→ Le handicap physique est le plus évident et le plus facile à repérer</p> <p>→ Handicaps psychiques et mentaux sont moins visibles et stigmatisants lorsqu'il deviennent visibles</p> <p>→ Il y a souvent association entre handicap et intelligence</p> <p>→ Le handicap est accepté dans le travail s'il ne modifie pas la performance individuelle. Les critères d'efficacité ne doivent pas être adaptés.</p> <p>→ Le handicap se réfère toujours à la norme</p> <p>→ « Le handicap empêche de « performer » comme notre société actuelle</p>	<p>→ 3 types de réaction face au handicap : exaspération / réticence, condescendance, adaptation</p> <p>→ Le handicap fait peur car on ne connaît pas les limitations qu'il engendre</p> <p>→ Pour un aveugle, il peut faire les mêmes choses mais plus lentement car il perd du temps</p> <p>→ Il y a souvent confusion entre handicap et intelligence</p>

<p>5 – Accompagnement individuel du travailleur handicapé</p>		<ul style="list-style-type: none"> → Le financement assuré par le FIPHP est surtout axé sur un accompagnement individuel → Une contrainte peut être transformée en opportunité → Les réticences sont identifiées en se rapprochant des acteurs de la mise en œuvre de la politique du handicap → Les préoccupations des cadres concernent l'emploi d'agents en SDH → Les référents handicap doivent répondre rapidement aux sollicitations des agents ou des cadres pour résoudre un problème → Le suivi individuel d'un TH est assuré par une commission pluriprofessionnelle → Le déclenchement d'une inaptitude est effectué par le médecin du travail qui effectue une analyse des besoins de la personne. → La prise en compte du handicap doit être faite de manière individualisée 	<ul style="list-style-type: none"> → Le cadre de santé a observé des difficultés quotidiennes du TH et a encouragé celui-ci à effectuer des demandes d'aides techniques → Cependant, elle a eu le sentiment de faire seule les démarches → Même sentiment de solitude dans les démarches de renouvellement de la RQTH → Volonté d'être accompagnée dans les différentes démarches administratives 	<ul style="list-style-type: none"> → Asymétrie d'information concernant le handicap en défaveur du cadre de santé rendant plus difficile l'accompagnement individuel → Réticences des TH à fournir des informations personnelles ayant peur d'un usage contre eux → Adaptation nécessaire du degré d'accompagnement individuel → Prudence quant aux propositions formulées quant à l'accompagnement → L'accompagnement soit partir d'une plainte pour formuler des propositions → Un retour est nécessaire pour effectuer des aménagements → L'accompagnement est également un rôle de soutien psychologique 	
--	--	---	---	---	--

<p>6 – Attitudes et ressentis du travailleur handicapé</p>	<p>→ Un moment est délicat : celui de la demande de RQTH</p> <p>→ Les attitudes des TH sont variées</p> <p>→ Empathie ou mépris vis à vis d'un TH sont conditionnés par sa posture professionnelle et personnelle</p>	<p>→ Le handicap ne doit pas être une limitation au travail</p> <p>→ Volonté de ne pas parler de son handicap tant que cela n'est pas indispensable</p> <p>→ Il peut être possible de mettre le handicap en avant pour conserver des dispositions matérielles permettant l'autonomie</p> <p>→ Il ne faut pas être dans le déni du handicap pour comprendre les difficultés liées à celui-ci au travail</p>	<p>→ Le TH est en droit de déclarer ou non à l'employeur son statut concernant son handicap</p>	<p>→ Sentiment de solitude dans les démarches administratives</p> <p>→ Son handicap l'oblige à faire preuve de vigilance permanente par rapport à ses symptômes entraînant une fatigue importante au quotidien</p> <p>→ Sentiment d'injustice quant à l'absence de reconnaissance de son travail malgré son handicap</p> <p>→ Souffrance ressentie quant à l'absence de compréhension de collègues</p> <p>→ Volonté d'assurer le futur en envisageant très tôt la demande de RQTH</p> <p>→ Le manque de reconnaissance au travail est exacerbé par le handicap</p> <p>→ Autonomie au travail entraînant parfois une absence du pouvoir hiérarchique du cadre</p>	<p>→ L'autonomie trop importante d'un TH qui effectue des demandes en évitant de passer par la hiérarchie directe peut engendrer des conflits liés au contexte de la demande et non plus sur le fond du problème lié au handicap</p> <p>→ Avant peur d'être licencié suite à son handicap, un TH a pris à témoin tout le service</p> <p>→ Un handicap évolutif peut entraîner des arrêts de travail</p> <p>→ Méfiance et revendications du TH envers la hiérarchie</p>	<p>→ Le travail est structurant et cadrant</p> <p>→ L'argent n'est pas une variable pesante dans le travail</p> <p>→ Eprouve parfois des difficultés dans la communication, car en tant qu'aveugle les normes de communication sont différentes</p> <p>→ Peut être amené à défendre d'autres TH dans l'établissement</p>
---	---	--	---	--	--	--

7 – Accès à l'emploi					
<p>→ La mise en place d'une GPEC permettrait d'identifier des opportunités pour le reclassement ou le recrutement de personnes handicapées</p> <p>→ Le reclassement est mal perçu par les salariés</p> <p>→ La prise en compte du handicap est essentiellement axée sur le maintien dans l'emploi et peu sur le recrutement</p> <p>→ Une politique de recrutement de personnes handicapées doit être participative</p> <p>→ Il faut intégrer le handicap dans une politique globale de RH</p> <p>→ Il faut axée une réflexion sur l'accessibilité des emplois</p>	<p>→ Le handicap a pu être une barrière à l'emploi car il ne pouvait y avoir d'adaptations possibles</p>	<p>→ Signature d'une convention avec le FIPHPF pour mener une politique de l'emploi</p> <p>→ Le maintien dans l'emploi a été envisagé dès 1998</p> <p>→ Différence entre maintien dans l'emploi et maintien dans le poste</p> <p>→ Pour être reconnu comme BOE, un TH doit donner son accord à l'entreprise sauf s'il bénéficie d'un reclassement interne pour raison médicale</p> <p>→ Penser au handicap au travail touche de nombreux services techniques</p> <p>→ Des organismes extérieurs tels que CAP EMPLOI peuvent aider un établissement à effectuer le recrutement de personne handicapées</p> <p>→ La politique d'achat dans le secteur protégé du travail est une alternative comme emploi indirect de TH</p> <p>→ Les référents handicap doivent aider les responsables de services pour l'emploi de TH</p>		<p>→ Le handicap doit être envisagé uniquement comme une singularité</p> <p>→ Si une personne est apte à travailler, il faut adapter son poste de travail à son handicap</p>	<p>→ Des préjugés véhiculent l'idée qu'un aveugle ne peut pas être cadre, ne pouvant effectuer la fonction de contrôle</p> <p>→ C'est très réducteur de limiter le travail de cadre à la fonction de contrôle</p> <p>→ Un sens peut être partiellement compensé en utilisant d'autres sens</p> <p>→ Le recrutement s'est fait selon la fiche de poste éditée sans adaptation de celle-ci</p> <p>→ Certaines activités du cadre ne sont pas exécutées car les moyens adéquats ne sont pas mis en place</p> <p>→ Réticence de la Directrice des soins a embauché un cadre aveugle mais n'avait pas de raison objective de refuser le recrutement</p>

<p>8 – Finances / budgets</p>			<p>→ Le financement des aides individuelles accordées par l'établissement est assuré et contrôlé par une gestion centralisée afin d'assurer l'équité des prises en charge</p>	<p>→ L'établissement a financé l'achat d'aides techniques mais n'a pas accompagné la personne dans les démarches. → La perte de salaire engendrée par l'aménagement du temps de travail a été privilégiée</p>		<p>→ L'argent n'est pas un élément moteur dans le choix du travail</p>
<p>9 – Contraintes liées au handicap</p>	<p>→ Les salariés ont souvent peur qu'une difficulté professionnelle soit assortie d'une sanction</p>			<p>→ Le statut de TH lui a permis d'obtenir de droit une réduction du temps de travail permettant une diminution des temps de transport hebdomadaire</p>	<p>→ Réticence des TH a dévoilé des informations personnelles ayant peur qu'elles soient utilisées contre elle plus tard → La RQTH peut engendrer la perte du permis de conduire dans le cas d'un trouble visuel</p>	<p>→ Le handicap est parfois une opportunité pour avoir une approche différente d'un phénomène. → Avec un handicap, il faut trouver des stratégies pour l'utiliser comme force</p> <p>→ La maltraitance institutionnelle est générale mais elle est plus difficilement gérée en situation de handicap</p> <p>→ Mettre un TH en situation d'échec est plus facile que pour une personne sans handicap</p>

<p>10 – Efficacité / compétences</p>	<p>→ Le handicap au travail doit être envisagé en terme d'efficacité et non thérapeutique</p> <p>→ Les relations interpersonnelles conditionnent l'objectivité face à une personne en situation de handicap</p> <p>→ Les relations personnelles vont conditionner l'efficacité au travail</p>	<p>→ Il 'existe pas de fiche de poste définissant les activités et les missions</p>	<p>→ Malgré le handicap, le recrutement reste une recherche de compétences</p> <p>→ Certains responsables pensent qu'un handicap compensé rend la personne aussi efficace que les autres travailleurs</p> <p>→ La fiche de poste permet d'aider à la résolution de problèmes dans une équipe</p> <p>→ La fiche de poste permet la comparaison entre le travail prescrit et le travail possible par la personne en situation de handicap ayant eu un aménagement</p>	<p>→ Le supérieur direct doit bien connaître le travail de l'agent pour estimer les difficultés engendrées par le handicap</p> <p>→ Une grande autonomie au travail peut faire oublier le lien hiérarchique</p>	<p>→ Une fiche de poste aurait pu aider à démontrer à l'agent les difficultés qu'il rencontre</p> <p>→ La fiche de poste permet de montrer la différence entre le travail prescrit et le travail réel</p>	<p>→ Le travail doit être structurant et épanouissant</p> <p>→ Le travail intègre dans la société, participe à l'effort collectif et au lien social</p> <p>→ Une performance doit être jugée de façon absolue sans tenir compte d'un handicap présent ou non</p> <p>→ La gêne occasionnée par l'absence de traitement d'une demande est plus préjudiciable dans le cas d'une personne en situation de handicap</p> <p>→ Cette situation est stigmatisante pour un TH</p>
---	---	---	---	---	---	--

<p>II – Dynamiques et attitudes d'équipes face au handicap</p>	<p>→ Le corporatisme des soignants empêche de recenser des situations de handicap qui surviennent chez eux</p> <p>→ Les soignants peuvent protéger un collègue en situation de handicap pour ne pas le dénoncer</p>	<p>→ Intolérance des collègues lorsque quelqu'un tombe malade dans l'équipe</p> <p>→ Culpabilité de la personne qui est malade et qui laisse travailler les collègues</p> <p>→ Forte exigence mutuelle entre collègue dans le travail</p> <p>→ Obligation de justifier d'un handicap vis à vis d'un collègue</p> <p>→ Les relations humaines conditionnent les relations de travail</p>	<p>→ Le handicap impacte sur l'organisation du travail</p> <p>→ Une réflexion sur l'organisation du travail à l'occasion d'aménagement pour un TH peut conduire à l'expression de tensions et difficultés d'un autre ordre au sein de l'équipe</p> <p>→ Les fiches de poste peuvent aider à résoudre des conflits liés à l'organisation du travail</p> <p>→ Le handicap oblige à s'interroger sur le collectif de travail</p> <p>→ Les fonctionnements d'équipe sont de plus en plus individualisés</p> <p>→ Le handicap d'un agent peut déstabilisé la gestion d'équipe</p> <p>→ L'émergence d'un conflit est dépendante du mode managérial et du type de handicap</p>	<p>→ Reproches de collègues quant à l'aménagement du temps de travail d'un TH</p> <p>→ Soutien d'un collègue souffrant de troubles similaires</p> <p>→ Adaptation et attention de certains collègues minoritaires</p> <p>→ Ignorance de la majorité des collègues</p> <p>→ Parfois moquerie de la part de certains collègues</p> <p>→ Reproche quant aux absences liées au handicap d'un agent</p>	<p>→ Le handicap d'un agent ne doit pas trop perturber le service</p> <p>→ Nécessité de travailler avec l'équipe sur le collectif de travail</p> <p>→ Gêne non exprimée de 2 soignants vis à vis du handicap d'un collègue qui n'a pas été repris en équipe ou individuellement par la suite</p> <p>→ Equipe compréhensive et protectrice vis à vis d'un collègue en difficulté dans son travail</p> <p>→ Difficultés et accident gardés sous silence par l'équipe par peur de sanctions par le cadre</p> <p>→ Discussion en équipe des difficultés du TH</p>	<p>→ Aucun reproche sur la technicité professionnelle</p> <p>→ Critiques de collègue sur le caractère de l'agent en situation de handicap</p> <p>→ Reproche de collègue sur l'utilisation d'une aide technique</p> <p>→ Discriminations exprimé d'un médecin refusant un cadre en situation de handicap, conduisant à la saisie de la HALDE</p> <p>→ Sentiment qu'une personne handicapée peut être moins intelligent qu'une personne sans handicap</p> <p>→ Frustration de collègue quant aux meilleures capacités d'un collègue en situation de handicap</p> <p>→ La situation de handicap ne fait que majorer les réactions et les attitudes que l'on peut avoir en situation de validité.</p> <p>→ Dénigrement de collègue lorsqu'un agent handicapé a un poste à responsabilité</p>
---	---	---	---	--	---	--

<p>12 – Implication des personnels par rapport à une politique du handicap</p>	<p>→ Les cadres de proximité doivent s'impliquer dans la gestion du handicap</p> <p>→ Les actions de communication et de sensibilisation au handicap n'ont reçu que peu d'attention et de participation</p>		<p>→ Les situations de handicap lourdes ou évolutives nécessitent un effort important de compréhension, de participation et d'intégration des équipes</p> <p>→ Les cadres de proximité doivent développer une pédagogie de l'intégration auprès des équipes</p> <p>→ En dehors de toute situation particulière les gens sont assez d'accord avec les communications faites</p> <p>→ Dans le cas d'une situation concrète et d'une mise en œuvre de moyens favorisant l'accès à l'emploi les réticences se font plus nombreuses</p>			<p>→ Inadéquation des actions entreprises avec bonne volonté auprès de personnes en situation de handicap car oubli de demander la volonté de l'agent handicapé</p>
<p>13 – Problèmes éthiques</p>	<p>→ Confusion entre prendre soin des patients et prendre soin d'un collègue en difficultés</p> <p>→ Un soignant ne veut pas se mettre à dénoncer un collègue en difficulté</p>		<p>→ Emploi indirect par contrat avec le milieu protégé du travail doit être une volonté citoyenne d'aider un secteur en difficulté</p>			<p>→ Volonté de travailler dans la FPH relevant de valeurs morales personnelles</p> <p>→ Une personne handicapée est très sensible à ce qui peut être excluante ou marginalisant dans la société</p>

14 – Aménagements matériels		<p>→ Existence de dispositions non spécifique au handicap permettant de garder une autonomie</p> <p>→ La disparition des dispositions existantes permettant l'autonomie conduirait à l'utilisation de la RQTH</p>	<p>→ Initialement la politique handicap visait les aménagements matériels en vue du maintien dans l'emploi</p> <p>→ La convention avec le FIPHP porte essentiellement sur l'accessibilité des lieux d'intérêts communs à tous les agents</p> <p>→ Aménagements de postes lors de reclassement professionnels</p> <p>→ Les mesures de compensation peuvent parfois être humaines</p>	<p>→ Aménagement du poste de travail existant</p>		<p>→ Aménagements de poste de travail difficiles à obtenir</p> <p>→ Les aménagements obtenus le sont uniquement pour la personne : ils sont individuels</p> <p>→ Les aménagements peuvent nécessiter des formations pour l'utilisation de matériels spécifiques</p> <p>→ Les aménagements sont souvent officieux et relève plus du bricolage avec des aides locales</p>
------------------------------------	--	---	---	---	--	---

<p>15 – Aménagements de l'organisation de travail</p>		<p>→ La charge de travail importante engendre un stress pour l'ensemble de l'équipe</p> <p>→ Le futur dans le travail est envisagé avec la possibilité d'aménager le temps de travail</p> <p>→ L'organisation du travail tient compte des temps et heures de trajet pour se rendre sur le lieu de travail</p>	<p>→ Malgré une compensation d'un handicap, il y a parfois nécessité de repenser la charge de travail</p> <p>→ La réorganisation de la charge de travail dans le cas d'un handicap peut conduire à l'émergence d'un conflit entre le cadre et l'équipe, mettant le cadre en difficulté</p>	<p>→ La charge de travail importante a amené un besoin de modifier le temps de travail</p> <p>→ Absence de réorganisation du travail malgré un aménagement matériel du poste et un aménagement du temps de travail</p> <p>→ L'aménagement du travail aurait nécessité un poste en plus</p>	<p>→ Le cadre doit organiser le temps de travail afin que le TH puisse répondre à des exigences liées à son handicap</p> <p>→ Le cadre doit être prévenu tôt d'un aménagement du temps de travail pour pouvoir réorganiser le travail de l'équipe</p>	<p>→ Les aménagements du travail doivent être pensés dans un autre temps que les aménagements matériels.</p>
--	--	---	--	--	---	--



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de cadre de santé
DCS@11-12**

TITRE DU MEMOIRE

Employer des personnes en situation de handicap à l'hôpital :
un rôle à jouer pour le cadre de santé

AUTEUR

Damien TARBOURIECH

MOTS-CLES

Handicap, travail, hôpital, cadre de santé

KEYWORDS

Disability, work, hospital, health manager

RESUME

L'hôpital est un lieu où l'on prend en charge et où l'on accompagne le handicap des patients qui se présentent, mais quelle place est faite au soignant qui se trouve en situation de handicap à l'hôpital ? Mon étude porte sur le rôle du cadre de santé dans le recrutement et le maintien dans l'emploi des personnels soignants handicapés à l'hôpital public. Depuis la publication de la loi de 2005 en faveur des personnes handicapées, il est encore plus essentiel de favoriser l'intégration de ceux-ci dans la société et plus particulièrement dans le milieu du travail ordinaire. Le cadre de santé, dans son rôle d'interface entre les équipes soignantes et la direction de l'établissement, doit jouer un rôle d'accompagnement pour faciliter l'application d'une politique du handicap car il est le plus à même d'adapter celle-ci aux besoins individuels des travailleurs handicapés à l'hôpital. Des mesures existent déjà, mais on peut constater souvent de nombreuses réticences à accueillir ou suivre un travailleur handicapé. Cela nous amène à nous interroger sur les actions à entreprendre pour accompagner le handicap.

ABSTRACT

The hospital is the place where cares and assistance are provided for disabled people. But what place is given to the health-care staff with disabilities in the hospital? My study deals with the role of the health-care manager in the recruitment and the promotion of job retention of disabled caregivers in public hospitals. Since the publication of the law of 2005 in favor of people with disabilities, their integration into society and the world of work has become fundamental. The health-care manager, whose role is to provide interface between health-care staff and management team, must play a proactive guidance role to encourage the implementation of a disability policy, because it is best able to adapt this policy to the individuals needs of disabled workers to hospital. Although some measures already exist, there is still reluctance to hire a disabled worker. This raises the question of actions that need to be led in order to promote and sustain the employment of people with disabilities.