Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 28 septembre 2018 à Poitiers
par Madame Hélène TOMAS

Titre

Handicap locomoteur et maintien dans l'emploi : étude rétrospective à propos de 352 salariés de la Vienne reconnus travailleurs handicapés en 2013.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC

Membres : Madame le Professeur Isabelle BALDI
Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anne DELAUBIER

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en détachement)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques **(surnombre jusqu'en 12/2017)**
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne **(émérite à/c du 25/11/2017)**
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie **(mission 09/2017 à 03/2018)**
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy **(disponibilité de 10/2017 à 01/2018)**

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne **(émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020)**
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC, service de Santé au Travail du CHU de Limoges,
Je vous remercie beaucoup pour votre présence, votre regard sur ce travail et pour le temps que vous nous avez accordé en cette fin d'internat.

A Madame le Professeur Isabelle BALDI, Institut de Santé publique, d'épidémiologie et de développement du CHU de Bordeaux,
Je suis honorée de votre présence et vous remercie de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT, service des Maladies Professionnelles et Environnementales du CHU de Toulouse,
Je suis honorée de votre présence et vous remercie de juger ce travail.

A Madame le Docteur Anne DELAUBIER, service de Médecine Physique et Réadaptation du CHU de Poitiers,
Merci pour votre accueil et enseignement lors de mon passage dans votre service et d'avoir, par la suite, accepté de diriger ce travail de thèse. Vos précieux conseils m'ont permis de mener à bien cette étude. Soyez assurée de toute mon estime.

A Monsieur le Professeur Pierre INGRAND, service de Biostatistiques et Informatique médicale du CHU de Poitiers,
Je vous remercie et vous suis extrêmement reconnaissante pour votre disponibilité et votre aide dans la réalisation des analyses statistiques de cette étude.

A Madame le Docteur Carole GAULTIER, médecin coordinateur de la MDPH de la Vienne, un grand merci pour avoir accepté et aidé au démarrage de cette étude.

Aux Docteurs Julie CHABANAIS-MOTIN, Stéphanie PAOLINI, Isabelle LAMBERT, Jean-Jacques KOWALSKI, Corinne WAGNER, Evelyne RAUGER-BERTHE et Sophie LAFOSSAS pour m'avoir énormément appris sur la médecine du travail mais aussi transmis toute la rigueur et la passion nécessaire à l'exercice de ce métier.

A toutes les personnes contactées par téléphone, pour le bon accueil qui m'était le plus souvent réservé et pour avoir consacré un peu de leur temps à cette enquête.

A tous les co-internes Poitevins : Nicolas, Sophie, Vincent, Stéphan, Manon, Thierry, Christelle, Mélanie, Clémence, Lucie, Margaux, Damien, Alain, Laurence, Hugo, Elsa, Amel, Mathilde, Anne-Thaïs, Fanny et Vincent pour ces quatre années passées ensemble et pour tous les moments partagés à la fois laborieux, festifs et sportifs !
En espérant que les liens créés perdureront… On vous attend à Pau !

Aux copains de fac Toulousains : Lucie, Pierre-Marie, Marion, Balkis, Pauline, Anne, Sophie, Laurine, Géraldine et Estelle, devenus internes aux quatre coins de la France et du monde ! Déjà 10 ans d'amitié pour la plupart, on vieillit malgré tout, les soirées et les envies ne sont plus les mêmes mais toujours le même plaisir à se retrouver.
J'espère que les « vacances-retrouvailles » dureront à vie !

A mes amies d'enfance, Lydie et Aurélie, mes confidentes, témoins des hauts comme des bas. Merci pour votre soutien même à distance.
Que l'on continue à partager de près ou de loin, les grandes étapes de nos vies !

A ma famille, mes mamies,

A mes parents.
Je ne vous remercierai jamais assez pour toute la confiance, l'amour, le soutien dans tous les domaines et les valeurs transmises. Je compte bien vous le rendre !
Je vous aime infiniment.

A Romain, merci pour ta franchise parfois, ta patience souvent et ton soutien toujours, surtout durant ces derniers mois.
La vie est si belle depuis qu'on la partage…
Je t'aime.

ABREVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé

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

AT : Accident du Travail

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

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

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DALYs : Disability Adjusted Life Years

DEBOETH : Demandeurs d'Emploi Bénéficiaires de l'OETH

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

ENIM : Etablissement National des Invalides de la Marine

FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

FNATH : Fédération Nationale des Accidentés du Travail et Handicapés

IPP : Incapacité Permanente Partielle

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MLI : Mission Locale d'Insertion

MP : Maladie Professionnelle

MSA : Mutualité Sociale Agricole

NAF : Nomenclature d'Activités Française

OETH : Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PL : Poids Lourd

PRITH : Plan Régional pour l'Insertion professionnelle des Travailleurs Handicapés

PDITH : Plan Départemental pour l'Insertion professionnelle des Travailleurs Handicapés

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

RSA : Revenu de Solidarité Active

RSI : Régime Social des Indépendants

SAMETH : Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

UE : Union Européenne

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation

VL : Véhicule léger

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1. Diagramme de flux à T0 47
Figure 2. Diagramme de flux à T+4 ans 48
Figure 3. Les pathologies à l'origine de la demande de RQTH 50
Figure 4. Les secteurs d'activité professionnelle lors de la demande de RQTH en 2013 54
Figure 5. Taux de maintien dans l'emploi selon les pathologies 58
Figure 6. Taux de maintien dans l'emploi selon les caractéristiques générales et médicales ... 61
Figure 7. Taux de maintien dans l'emploi selon les caractéristiques professionnelles 63
Figure 8. Caractéristiques professionnelles suite au maintien dans l'emploi 71
Figure 9. Temps de travail et absences selon les dispositions du maintien dans l'emploi 75
Figure 10. Taux de satisfaction professionnelle 78

Tableau 1. Caractéristiques démographiques générales de la population incluse en 2013 49
Tableau 2. Caractéristiques démographiques générales en 2013 de la population observée ... 50
Tableau 3. Caractéristiques médicales en 2013 de la population observée 52
Tableau 4. Caractéristiques professionnelles en 2013 de la population observée 56
Tableau 5. Taux de maintien dans l'emploi à 4 ans de la RQTH 57
Tableau 6. Caractéristiques générales de la population maintenue dans l'emploi 65
Tableau 7. Dispositions mises en place pour le maintien dans l'emploi 69
Tableau 8. Temps de travail et absences des personnes maintenues dans l'emploi en activité 73
Tableau 9. Maintien dans l'emploi : satisfaction professionnelle et utilisation de la RQTH ... 77
Tableau 10. Maintien dans l'emploi : thèmes des commentaires 81
Tableau 11. Maintien dans l'emploi : liste des commentaires exprimés selon les thèmes 82
Tableau 12. Caractéristiques de la population sortie d'emploi 86
Tableau 13. Caractéristiques des personnes sorties d'emploi exerçant un nouvel emploi 91
Tableau 14. Ressenti professionnel des personnes sorties d'emploi exerçant un nouvel emploi 93
Tableau 15. Facteurs associés au maintien dans l'emploi : résultats des analyses univariées .. 98
Tableau 16. Facteurs associés au maintien dans l'emploi : résultats des analyses multivariées 100

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS 4
ABREVIATIONS 6
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX 7
INTRODUCTION 11
1. GENERALITES 12
1.1 LE HANDICAP (TOUTES DÉFICIENCES CONFONDUES) 12
1.1.1 Origine historique 12
1.1.2 Epidémiologie 12
1.1.2.1 Prévalence du handicap au niveau international et national 12
1.1.2.2 Etiologies du handicap dans le monde 15
1.1.3 Contexte juridique 16
1.1.3.1 Droit international 16
1.1.3.2 Droit national 17
1.1.3.3 Apports de la loi du 11 février 2005 18
a. Définition du handicap 18
b. Création des MDPH : rôle et fonctionnement 19
1.1.4 Emploi des personnes handicapées 22
1.1.4.1 Sur le plan international 22
a. Epidémiologie 22
b. Politiques d'emploi en matière de handicap 24
1.1.4.2 Sur le plan national 26
a. Epidémiologie 26
b. Politique nationale d'emploi en matière de handicap 27
c. Principaux acteurs nationaux d'aide à l'emploi 29
d. Données relatives à la région Poitou-Charentes 32
1.2 LE HANDICAP LOCOMOTEUR 34
1.2.1 Définition 34
1.2.2 Epidémiologie nationale et internationale 36
1.2.2.1 Prévalence 36
1.2.2.2 Etiologies 37

1.2.3 Déficience locomotrice et emploi 39
1.3 HYPOTHÈSE DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE 41
2. MATERIEL ET METHODE 42
2.1 SCHÉMA DE L'ÉTUDE 42
2.2 POPULATION ÉTUDIÉE 42
2.3 RECUEIL DE DONNÉES 42
2.4 DÉCLARATION CNIL 43
2.5 CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL 44
2.6 CRITÈRES DE JUGEMENT SECONDAIRES 44
2.7 ANALYSE STATISTIQUE 45
3. RESULTATS 46
3.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE 46
3.1.1 Diagramme de flux 46
3.1.2 Caractéristiques démographiques générales de la population incluse 48
3.1.3 Démographie de la population observée 49
3.1.3.1 Caractéristiques démographiques générales 49
3.1.3.2 Caractéristiques médicales 50
a. Par pathologies 50
b. Par déficiences 51
c. Selon les autres données médicales 51
3.1.3.3 Caractéristiques professionnelles 53
3.2 ANALYSES DESCRIPTIVES 57
3.2.1 Maintien dans l'emploi 57
3.2.1.1 Critère de jugement principal : taux de maintien dans l'emploi 57
a. Taux global de maintien dans l'emploi 57
b. Taux de maintien dans l'emploi selon les caractéristiques de la population observée 57

3.2.1.2 Caractéristiques générales de la population maintenue dans l'emploi 64
3.2.1.3 Conditions du maintien dans l'emploi : modalités factuelles 66
a. Dispositions mises en place pour le maintien dans l'emploi 66
b. Nouvelles caractéristiques professionnelles 70
c. Temps de travail et absences pour raisons de santé 72
3.2.1.4 Conditions du maintien dans l'emploi : ressenti professionnel 76
a. Satisfaction professionnelle et utilisation de la RQTH 76
b. Commentaires exprimés 79
3.2.2 Non maintien dans l'emploi initial 84
3.2.2.1 Caractéristiques de la population sortie d'emploi 84
3.2.2.2 Données relatives aux personnes exerçant un nouvel emploi 88
3.3 RECHERCHE DE FACTEURS ASSOCIÉS AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI 95
3.3.1 Analyses univariées 96
3.3.2 Analyses multivariées 99
4. DISCUSSION 101
4.1 DISCUSSION : ANALYSE DESCRIPTIVE DE L'ÉTUDE ET COMPARATIVE À LA LITTÉRATURE 101
4.2 DISCUSSION : DEVENIR PROFESSIONNEL AVEC COMPARAISON À LA LITTÉRATURE 109
4.3 DISCUSSION : MAINTIEN DANS L'EMPLOI ET FACTEURS ASSOCIÉS AVEC COMPARAISON À LA LITTÉRATURE 112
4.4 DISCUSSION : CONDITIONS DE TRAVAIL ET RESSENTI PROFESSIONNEL AVEC COMPARAISON À LA LITTÉRATURE 121
4.5 LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE 128
4.6 PERSPECTIVES 130
SYNTHESE 132
CONCLUSION 133
RESUME 134
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 135
ANNEXES 143

INTRODUCTION

Plus d'un milliard de personnes dans le monde (1) et neuf millions en France (2) seraient en situation de handicap.

En France, comme dans les autres pays développés, on observe une nette prédominance du handicap locomoteur. En effet, sur les neuf millions de personnes déclarant au moins une limitation fonctionnelle en France (2), les limitations physiques sont les plus fréquemment déclarées (6,2 millions de personnes soit environ 69 % des cas). Les troubles à l'origine du handicap locomoteur peuvent être acquis au cours de la vie, à la suite d'un accident ou d'une maladie et la prévalence du handicap augmente ainsi progressivement avec l'avancée en âge. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées seraient les troubles musculo-squelettiques des membres et les lombalgies (3).

L'apparition de l'atteinte locomotrice à l'âge adulte pose la question du retentissement sur l'activité professionnelle exercée par la personne adulte devenue handicapée. En effet, les pathologies liées aux troubles musculo-squelettiques engendreraient en France environ 10 millions de jours d'arrêts de travail, ce qui les placent en tête des motifs de journées de travail perdues (4). De plus, si l'on s'intéresse aux différentes pathologies à l'origine d'une inaptitude médicale au poste de travail en France (5,6), plus de la moitié des salariés touchés par l'inaptitude souffriraient d'une atteinte de l'appareil locomoteur. Enfin, les situations signalées à risque de désinsertion professionnelle concernent majoritairement le handicap locomoteur (53 % des cas), selon une étude réalisée en Ile-de-France (7).

Dans ce contexte, l'accompagnement dans l'emploi des personnes handicapées motrices est primordial et mobilise l'ensemble des acteurs nationaux d'aide à l'emploi des personnes handicapées, au premier rang desquels se trouvent les médecins du travail, la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ou encore le SAMETH (Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés). La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) est attribuée par la MDPH à toute personne, en faisant la demande, dont les possibilités de conserver un emploi sont réduites du fait du handicap (8).

Bien que plusieurs études s'intéressent aux trajectoires professionnelles des personnes devenues handicapées (7,9–18), il n'a pas été retrouvé d'études portant précisément sur le maintien dans l'emploi des personnes handicapées motrices après obtention de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Dès lors, nous avons voulu étudier quel était le taux de maintien dans l'emploi suite à l'apparition d'un handicap locomoteur en s'intéressant à ceux reconnus administrativement. Pour cela, ont été incluses dans notre étude les personnes, alors en emploi de durée indéterminée, ayant été reconnues travailleurs handicapés, pour un handicap locomoteur, pour la première fois en 2013, par la MDPH de la Vienne. Au sein de cette population, nous avons souhaité déterminer, quatre ans après, le taux de maintien dans l'emploi à la fois global et selon certaines caractéristiques. Nous avons également cherché à identifier des facteurs pouvant influencer ce maintien dans l'emploi.

En parallèle, des données ont été recueillies, d'une part, sur les modalités de maintien dans l'emploi, les conditions de travail et le ressenti professionnel et, d'autre part, sur les causes de la perte de l'emploi initial et le devenir professionnel des personnes sorties d'emploi.

1. GENERALITES

1.1 LE HANDICAP (TOUTES DEFICIENCES CONFONDUES)

1.1.1 Origine historique

Le mot handicap provient d'un terme anglais « hand in cap » qui signifie littéralement « main dans le chapeau ». Cette expression découle d'un jeu d'échanges d'objets personnels qui se pratiquait en Grande Bretagne à partir du 16ème siècle. Un arbitre évaluait les objets misés dans un chapeau, et vérifiait l'équivalence des lots afin d'assurer l'égalité des chances des joueurs. Le terme faisait ainsi référence à un arbitrage commercial qui assurait l'équité d'un échange marchand.

L'expression s'est peu à peu transformée en un seul mot « handicap » et a été utilisée pour tout type d'action visant à rendre plus équitable une confrontation, dans le cadre d'activités sportives notamment. C'est le cas par exemple à partir du 18ème siècle, lors des courses hippiques. Le handicap définit alors une difficulté supplémentaire (poids, distance…) imposée aux meilleurs chevaux pour rendre la course équitable. Sémantiquement, le terme « handicapé » n'était donc pas associé à ceux qui avaient quelque chose en moins, mais bien plutôt à ceux dont les performances dépassaient celles des autres, ceux qui étaient hors-norme. Il s'agissait de compenser les avantages et désavantages de chacun pour assurer l'égalité de la course. Cela a conduit à employer l'expression « être handicapé » pour parler des participants désavantagés au départ de la course.

A partir du 19ème siècle, en France, le terme handicap désigne désormais ce qui désavantage, gêne, « rend inférieur ». Il remplace progressivement les termes « infirme, invalide, paralytique, mutilé, débile, idiot…» qui portaient des connotations péjoratives et dévalorisantes (19).

Par la suite, le 20ème siècle a vu se développer une politique visant à favoriser les personnes considérées comme infirmes et exclues de la société. La mise en place de cette législation a donné plus récemment au mot handicap un fondement et une définition juridiques permettant d'encadrer et ainsi d'analyser les données disponibles sur la population handicapée.

1.1.2 Epidémiologie

1.1.2.1 Prévalence du handicap au niveau international et national

L'estimation de la prévalence du handicap à **l'échelle mondiale** est à analyser avec précaution. Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, l'évaluation du handicap est une notion complexe et multidimensionnelle qui, bien qu'elle tende à être harmonisée, diffère encore selon les pays.

Lors de son rapport mondial sur le handicap en 2011 (1), l'OMS indiquait que les statistiques nationales, pays par pays, restaient à améliorer notamment concernant leur comparabilité.

En effet, les pays qui indiquaient un faible taux de prévalence (pays en développement), recueillaient les données lors de recensement de population avec des questions assez limitées sur le handicap.
Au contraire, ceux qui affichaient un taux élevé de prévalence du handicap avaient davantage tendance à procéder à des enquêtes et à adopter une approche qui tienne compte, en plus des déficiences, des limitations d'activité et des restrictions de participation.
Dans ce rapport mondial, des estimations ont été données en se basant sur deux enquêtes à échelle internationale : « l'Enquête sur la santé dans le monde » menée de 2002 à 2004 (20) et « l'Enquête sur la charge mondiale de morbidité » de 2004 (21) ainsi que sur une revue de la littérature d'enquêtes nationales (annexe 1).

Selon l'OMS, il était ainsi estimé que :

- entre 785 et 975 millions de personnes âgées d'au moins 15 ans vivraient avec un handicap,
- entre 110 et 190 millions d'entre elles connaitraient des difficultés fonctionnelles jugées très importantes,
- en incluant les enfants, plus d'**un milliard d'individus (soit environ 15 % de la population mondiale)** vivraient avec un handicap,
- la prévalence du handicap augmenterait avec l'âge, d'autant plus dans les pays à faible revenu. Ainsi la prévalence serait aux alentours de 20 % pour la tranche d'âge 45-54 ans, 30 % pour la tranche d'âge 55-64 ans, entre 30 et 40 % pour la tranche d'âge 65-74 ans et dépasserait les 50 % après 75 ans,
- la prévalence du handicap modéré à sévère serait de 11 % plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

- <u>dans les pays à revenu élevé</u> (ceux dont le revenu national brut par habitant pour l'année 2004 est supérieur ou égal à 10 066 dollars américains), la prévalence moyenne serait entre 11 et 15 %. Les enquêtes nationales iraient dans le même sens avec des estimations en moyenne à un peu moins de 15%, avec cependant des disparités. A titre d'exemple :
    - selon une enquête au Canada en 2006, la prévalence serait de 14,3 %,
    - aux Etats-Unis en 2007, elle serait de 14,9 %,
    - une enquête européenne publiée en 2007 l'estime pour sa part, entre autres, à 6,6 % en Italie, 11,2% en Allemagne, 16,4 % en Norvège, 24,6 % en France, 27,2 % aux Royaume-Uni…

- <u>dans les pays à revenu intermédiaire</u>, la prévalence moyenne serait entre 15 % et 17 % alors que les enquêtes nationales l'estimeraient en moyenne autour de 7 %. A titre d'exemple :
    - selon une enquête en Afrique du Sud, en 2001, la prévalence serait de 5 %,
    - en Algérie, en 1992, elle serait de 1,2 %,
    - en Thaïlande, en 2007, de 2,9 %,
    - en Egypte, en 2006, de 4,4 %,
    - au Chili, selon une enquête centrée sur le handicap en 2004, la prévalence du handicap serait de 12,9 %.

- de même, dans les pays à faible revenu (ceux dont le revenu national brut par habitant pour l'année 2004 est inférieur ou égal à 825 dollars américains), la prévalence moyenne serait aux alentours de 15 % alors que les enquêtes nationales l'estimeraient en moyenne à 3 %. A titre d'exemple :
    - selon une enquête au Népal, en 2001, la prévalence serait de 0,5 %,
    - au Yémen, en 2004, de 1,9 %,
    - au Pakistan, en 2004, de 2,5 %,
    - en Ouganda, 2005-2006, de 7,2 %,
    - en Zambie, en 2006, selon une enquête centrée sur le handicap, la prévalence serait de 11 %.

En France, selon l'enquête Handicap-santé de 2008 (2)**,** 15 % des hommes et 22 % des femmes de plus de 18 ans, vivant à leur domicile, déclarent au moins une limitation fonctionnelle soit 3,5 millions d'hommes et 5,5 millions de femmes. Ces limitations concernent moins de 5 % de la population avant 40 ans et augmentent avec l'âge (10 % entre 40 et 45 ans, 20 % entre 60 et 65 ans, puis une augmentation très importante pour atteindre quasiment 50 % de cette population à 80 ans et 70 % à 85 ans).

Une analyse centrée sur les différentes approches du handicap (22) a été effectuée chez la population de 20 à 59 ans :

- selon une approche fonctionnelle (personnes déclarant « avoir beaucoup de difficultés » ou « ne pas pouvoir faire du tout » certaines activités de la vie quotidienne), le handicap concernerait 8 % des personnes de 20 à 59 ans vivant au domicile.
- selon une approche administrative (considérant que la reconnaissance administrative du handicap concernait les personnes percevant l'AAH, la PCH, une rente d'incapacité, une pension d'invalidité, et celles bénéficiant d'une RQTH, d'une carte d'invalidité, de priorité ou de stationnement ou d'une orientation vers une structure d'accueil ou d'hébergement), le handicap concernerait 7,2 % des personnes de 20 à 59 ans vivant au domicile.
- selon le ressenti exprimé, le handicap concernerait 6 % des adultes de cette population.

Il est intéressant de souligner que les différentes approches ne se recoupent pas totalement. En effet, toutes les personnes qui pourraient avoir une reconnaissance administrative de leur handicap n'y ont pas recours. Environ 4,6 millions de personnes chez les 20-59 ans seraient concernées par le handicap selon au moins une des approches, soit 14 % de cette population.
Enfin, plus récemment, en 2015, l'enquête emploi de l'Insee (23) donne une estimation en considérant les personnes ayant une reconnaissance administrative et celles déclarant souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ou de caractère durable les limitant depuis au moins 6 mois dans leurs activités quotidiennes : 5,7 millions de personnes dans la population des 15-64 ans seraient alors en situation de handicap en France.
A l'échelle départementale, grâce aux extensions d'échantillons de l'enquête Handicap-santé de 2008 (24), les prévalences du Nord, du Pas-de-Calais, du Rhône et des Hauts-de-Seine ont été calculées. C'est dans le Pas-de-Calais que la prévalence du handicap ressenti est la plus élevée (8,5 %), à l'inverse des Hauts-de-Seine (3,8 %). En se basant sur la limitation fonctionnelle, c'est dans le Nord, que la prévalence du handicap est la plus forte (9 %). Enfin, le Rhône affiche la prévalence des reconnaissances administratives la plus élevée (6,6 %).

1.1.2.2 Etiologies du handicap dans le monde

Dans son rapport de 1995, l'UNESCO (25) estimait que, dans le monde, les situations de handicap avaient comme origine :

- la malnutrition dans environ 20 % des cas,
- une maladie non infectieuse dans environ 20 % des cas,
- une maladie congénitale dans environ 20 % des cas,
- un accident, un traumatisme divers ou lié à la guerre dans 16 % des cas,
- une maladie infectieuse dans 11 % des cas,
- une autre étiologie (dont le vieillissement) dans 13 % des cas.

Cette répartition varie considérablement selon les pays et leur niveau de développement avec notamment une part plus importante de malnutrition, traumatismes, maladies infectieuses et congénitales dans les pays les moins développés.

L'enquête de l'OMS de 2004 sur la charge mondiale de morbidité (21) recense d'une autre manière les principaux motifs de handicap dans le monde. Les mêmes quatre principales atteintes sont retrouvées comme étant à l'origine du handicap, dans les pays à revenus élevés comme dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires :

- Atteintes visuelles (anomalies de réfraction, cataracte, dégénérescence maculaire, glaucome…).
- Atteintes psychiques (dépression, trouble bipolaire, schizophrénie, trouble panique, dépendance alcoolique, toxicomanie…).
- Atteintes auditives.
- Atteintes locomotrices (lombalgies, traumatismes, arthrose, polyarthrite rhumatoïde, accident vasculaire cérébral…).

Quelques différences cependant entre les pays à revenu élevé, d'un côté, et les pays à revenu faible et intermédiaire de l'autre. En effet, dans ce second groupe, les personnes sont beaucoup plus nombreuses à présenter un handicap associé à des causes évitables comme les traumatismes involontaires, l'infertilité due à un avortement à risque ou à une septicémie maternelle. Les données soulignent également que dans les pays en développement, la prise en charge médicale fait défaut y compris pour les affections faciles à traiter. La baisse d'audition, les anomalies de réfraction ou la cataracte aboutissent ainsi, sans traitement, à des situations de handicap.

Dans la littérature internationale, l'impact des maladies et leurs poids en matière de handicap sont souvent exprimés sous la forme d'un indice composite appelé DALYs (Disability-Adjusted Life Years) prenant en compte les années de vie perdues par mortalité prématurée et celles vécues avec handicap (26).
L'impact des maladies est bien sûr dépendant de l'environnement et des politiques de santé des pays. Nous retrouvons les mêmes données que précédemment, à savoir que dans les pays en voie de développement, ce sont les pathologies infectieuses et infantiles qui sont majoritairement à l'origine d'une situation de handicap. Dans les pays développés, ce sont plutôt les pathologies d'usure et dues au vieillissement, en particulier les pathologies cardio-neuro-vasculaires (27).

1.1.3 Contexte juridique

1.1.3.1 Droit international

Déjà, la Société Des Nations, en 1924, évoque les enfants handicapés mentaux, dans la Déclaration sur les Droits de l'Enfant. La convention de Genève, de 1949, aborde, quant à elle, la protection des infirmes et mutilés de guerre (28).

Mais ce seront véritablement les années 70 qui marqueront le début de la protection internationale des personnes handicapées via l'adoption des premiers textes par l'assemblée générale de l'**Organisation des Nations Unies (**ONU). On peut citer la Déclaration des droits du déficient mental de 1971, la Déclaration des droits des personnes handicapées de 1975, le Programme d'action mondial pour les personnes handicapées de 1982 ou les Règles universelles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées de 1993. Ces déclarations étaient par contre dépourvues de tout moyen de contrainte (29).

En parallèle, la notion de handicap trouve sa concrétisation dans les textes et conventions de l'**Organisation Mondiale de la Santé** (OMS). En 1980, est publiée la Classification Internationale des Handicaps (CIH) écrite par Philip Wood et basée sur «la trilogie de Wood » : déficiences, incapacités, désavantages.

Elle sera révisée en 2001, par la **« CIF » ou « Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé »** adoptée par 200 pays. Elle confirme la dimension sociale et environnementale du handicap, considéré comme la résultante d'une déficience et d'une situation de vie courante inadaptée (30).

La séquence déficience (altération de fonction), incapacité (limitation d'activité) et désavantage (restriction de participation sociale) est intégrée dans une évaluation à 4 composantes :

- Fonction organique et structure anatomique.
- Activité et participation sociale.
- Facteurs contextuels environnementaux.
- Facteurs contextuels personnels.

Les efforts de la communauté internationale, pour une meilleure intégration socio-professionnelle et une meilleure protection juridique des personnes handicapées, trouveront leur aboutissement en 2006 avec l'adoption par l'assemblée générale de l'ONU, de la **Convention relative aux droits des personnes handicapées.** Le texte est contraignant, et son protocole facultatif est doté d'un Comité des droits des personnes handicapées pouvant être saisi de plaintes individuelles. Article 1er : « la présente convention a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque » (31).

Les États ayant ratifié la Convention, souscrivent à une série d'obligations générales. Ils s'engagent, entre autres, à adopter toutes les mesures appropriées d'ordre législatif ou administratif pour éliminer la discrimination fondée sur le handicap et à modifier ou abroger les lois, coutumes et pratiques incompatibles avec la convention.

1.1.3.2 Droit national

➢ En France, la politique en faveur des personnes handicapées trouve ses racines dans l'histoire et notamment dans le cadre de la **réparation des conséquences des blessures de guerre**. En 1670, Louis XIV ordonne la construction de l'institution des Invalides pour héberger les vétérans de guerre devenus incapables d'exercer dans l'armée.

Pendant la première guerre mondiale, pour la première fois, se concrétise la volonté de réinsérer professionnellement les mutilés physiques. Les politiques prises pour les invalides de guerre posent les fondements des politiques actuelles de réinsertion professionnelle des personnes handicapées (32).

En 1919, le ministère des anciens combattants met en place un guide-barème pour la classification et l'évaluation des invalidités résultant des infirmités et maladies contractées par les militaires durant la première guerre mondiale (33).

Enfin, la loi de 1927 instaure une obligation d'emploi des mutilés de guerre dans une proportion de 10 % de l'effectif total des établissements.

➢ **Dans le domaine civil**, la politique de réparation sera plus tardive, hormis les invalidités acquises dans le cadre d'accidents du travail qui, dès la loi de 1898, peuvent permettre le versement d'une indemnisation à la charge de l'employeur.

- Il faudra attendre la **loi de 1957**, pour parler pour la première fois de travailleur handicapé, sans s'intéresser en premier lieu à ses causes.

L'obligation d'emploi concerne désormais 3 % de personnes handicapées reconnues, pourcentage inclus dans les 10 % qui étaient jusqu'alors dédiés uniquement aux mutilés de guerre et accidentés du travail. Par contre, il n'est pas mis en place d'obligation de résultat.

- Près de vingt ans plus tard, la même année que la déclaration de l'ONU sur les droits des personnes handicapées, la loi de référence en France sur la reconnaissance du handicap voit le jour. Il s'agit de la **loi du 30 juin 1975** (34), dite **« d'orientation en faveur des personnes handicapées »**. Marquant le passage d'une logique d'assistance à une logique de solidarité, elle pose les droits fondamentaux de la personne handicapée et détermine l'intégration de la personne handicapée comme une obligation nationale. Article 1er : « la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale ».

- La **loi du 10 juillet 1987**, **en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés**, met en place une obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) pour tous les établissements de 20 salariés et plus, dans la proportion de 6 % de l'effectif total de leurs salariés. Elle crée également l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées (AGEFIPH), chargée d'une mission d'insertion professionnelle et de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés. Cet organisme perçoit une contribution financière des employeurs du secteur privé qui ne satisfont pas à cette obligation d'emploi (sanction financière qui n'existait pas auparavant).

- La loi de modernisation sociale du **17 janvier 2002** a, pour sa part, encadré l'évolution mais aussi la diversification des établissements d'accueil et des services d'accompagnement des personnes handicapées.

- Enfin, la loi actuellement en vigueur, est la **loi du 11 février 2005** (35) **pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.** Cette nouvelle loi complète ou renforce certaines dispositions des lois précédentes. Par exemple, elle crée le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) qui, dans le secteur public, a une mission semblable à l'AGEFIPH. Les établissements publics sont, désormais, soumis à la même sanction en cas de non-respect de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Mais la loi de 2005 apporte également d'importantes modifications dans le système d'évaluation et de reconnaissance avec notamment la création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). De plus, elle donne pour la première fois une définition française du terme handicap. Cette définition s'appuie sur une approche globale prenant en compte l'environnement de vie de la personne, conformément à la classification CIF de l'OMS (36).

1.1.3.3 Apports de la loi du 11 février 2005

a. Définition du handicap

Le handicap est ainsi défini dans l'article 2 de la **loi du 11 février 2005** (35) :

« 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 ».

De manière semblable à la classification CIF de l'OMS, cette définition met l'accent sur les conséquences sociales liées aux limitations d'activité ou restrictions de participation.

Le décret du 6 novembre 2007 établit le **guide-barème** (37) à destination des MDPH **pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées :** « ce guide-barème vise à permettre aux utilisateurs de fixer le taux d'incapacité d'une personne quel que soit son âge à partir de l'analyse de ses déficiences et de leurs conséquences dans sa vie quotidienne et non sur la seule nature médicale de l'affection qui en est l'origine ».

Selon le guide-barème, plusieurs conditions cumulatives doivent ainsi être réunies pour considérer qu'une affection s'inscrit dans le **champ du handicap** :

- Existence d'une déficience : perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique (aspect lésionnel).

Le guide-barème détaille dans ses 8 chapitres les différents types de déficiences rencontrés :

1. Déficiences intellectuelles et troubles du comportement.
2. Déficiences du psychisme.
3. Déficiences de l'audition.
4. Déficiences du langage et de la parole.
5. Déficiences de la vision.
6. Déficiences viscérales et générales.
7. Déficiences de l'appareil locomoteur.
8. Déficiences esthétiques.

- Existence d'une incapacité : réduction, résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain (limitation d'activité, aspect fonctionnel).

- Existence d'un désavantage : limitations ou impossibilité de l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe mais aussi les facteurs socio-culturels. Le désavantage (et donc la situation concrète de handicap) résulte de l'interaction entre la personne porteuse d'incapacités et son environnement de vie.

- Durabilité : il est considéré que la séquence déficience, incapacité, désavantage doit durer au minimum 1 an pour s'inscrire dans le champ du handicap.

b. Création des MDPH : rôle et fonctionnement

Les MDPH trouvent leur fondement dans l'**article 64 de la loi de 2005** (35) :

« Afin d'offrir un accès unique aux droits et prestations […], à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services ainsi que de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leurs familles, il est créé dans chaque département une maison départementale des personnes handicapées ».

La maison départementale des personnes handicapées est un **groupement d'intérêt public**, dont le département assure la tutelle administrative et financière.

Elle exerce une **mission** d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées de moins de 60 ans et de leurs familles, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Elle met en place et organise le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire ainsi que de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui remplace les commissions préexistantes.

Enfin, elle assure, à la personne handicapée et à sa famille, l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie et à la mise en œuvre des décisions prises par la CDAPH ainsi que l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir.

- **Le médecin**, exerçant au sein de la MDPH, effectue une étude médicale de la demande de compensation du handicap. Conformément au guide-barème, il s'assure que l'affection dont est atteint l'usager s'inscrit dans le **champ du handicap**. Si tel n'est pas le cas, la demande est refusée avec, comme justification, l'absence de déficience et/ou d'incapacité et/ou de désavantage et/ou de durabilité minimale d'un an, conformément à la définition.

Lorsque l'affection s'inscrit bien dans le champ du handicap, il réalise une évaluation du **taux d'incapacité** selon trois modalités principales : inférieur à 50 %, de 50 à 79 % et supérieur ou égal à 80 %. S'il le juge nécessaire pour son évaluation, ou à la demande de l'usager, le médecin reçoit la personne handicapée en consultation médicale. Les seuils de 50 % et de 80 %, s'ils sont atteints, peuvent ouvrir droit à divers avantages ou prestations.

Le seuil de 50 % est atteint lorsque les incapacités entrainent une atteinte notable dans la vie socio-professionnelle. Toutefois, l'autonomie est conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne. Dans ce cas-là, pour juger de l'attribution de l'**Allocation Adulte Handicapé** (AAH), le médecin étudie la notion de Restriction Substantielle et Durable d'Accès à l'Emploi (RSDAE).

Un taux d'au moins 80 % correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle. Cette autonomie individuelle est définie comme l'ensemble des actions que doit mettre en œuvre une personne, vis-à-vis d'elle-même, dans la vie quotidienne. Ces actions sont dénommées actes essentiels ou élémentaires de la vie quotidienne et désignent entre autres : la toilette, l'habillage, l'alimentation, l'élimination, les déplacements. Le taux de 80 % est également atteint lorsqu'il existe une déficience sévère avec abolition d'une fonction. Ce taux de 80 % donne droit à l'AAH de droit et à la Carte Mobilité Inclusion avec mention « invalidité » (37).

Le médecin étudie, également, la **Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé** (RQTH) selon si les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites du fait du handicap. Il se prononce également sur les attributions de **Carte Mobilité Inclusion** avec mention « priorité » ou « stationnement ».

Enfin, selon la demande de compensation du handicap, il propose une **orientation** qui sera discutée en équipe pluridisciplinaire.

- **L'Equipe Pluridisciplinaire d'Evaluation** est composée, selon les demandes, de médecins, infirmiers, assistants sociaux, ergothérapeutes, représentants d'établissements médico-sociaux, partenaires sociaux… Hormis lors de procédures simplifiées, pour les renouvellements par exemple, où la CDAPH est saisie directement, toute demande de compensation du handicap est discutée en équipe pluridisciplinaire.

L'équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et propose un plan personnalisé de compensation du handicap. Si nécessaire, ou s'ils en font la demande, la personne handicapée, ses parents lorsqu'elle est mineure, ou son représentant légal sont reçus en entretien. Dans le cadre de l'évaluation, un des membres de l'équipe pluridisciplinaire peut également se rendre sur le lieu de vie de la personne.

Il existe différents types d'équipe pluridisciplinaire selon la demande effectuée :

- L'équipe pluridisciplinaire « Orientation Médico-Sociale » propose les orientations en établissement médico-social ainsi que les accompagnements par un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ou un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH).
- L'équipe pluridisciplinaire « Enfants et Adolescents » propose les orientations scolaires et, selon les cas, les futures orientations en établissement médico-social.
- L'équipe pluridisciplinaire « Evaluation Orientation Professionnelle » propose les orientations professionnelles.
- L'équipe pluridisciplinaire « Prestation de Compensation du Handicap » réalise l'évaluation de cette prestation instaurée par la loi de 2005.

- **La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées** se prononce sur l'ensemble des droits et des prestations attribués. Les décisions de la commission sont prises après vote de l'ensemble de ses membres (représentants du département, des services de l'Etat, des organismes de protection sociale, des organisations syndicales, des associations de parents d'élèves, représentants des personnes handicapées et de leurs familles désignés par les associations représentatives). Les différentes prestations décidées par la CDAPH comportent :

- Dans le cadre de la reconnaissance du handicap : la RQTH ainsi que les Cartes Mobilités Inclusion qui remplacent progressivement depuis le 1er janvier 2017 les cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement.
- La Prestation de Compensation du Handicap : selon l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire, il peut s'agir d'une aide à la prise en charge d'une aide humaine, d'aides techniques au domicile ou d'aménagements du logement ou du véhicule personnel.
- Les différentes allocations : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH), Allocation Adulte Handicapé, complément de ressources de l'AAH, la Majoration Vie Autonome, la Majoration Tierce Personne.
- Les orientations scolaires, médico-sociales et professionnelles.

1.1.4 Emploi des personnes handicapées

1.1.4.1 Sur le plan international

a. Epidémiologie

Dans son rapport sur le handicap, l'OMS (1) estime un taux d'emploi de 52,8 % pour les hommes en situation de handicap et 19,6 % pour les femmes, contre 64,9 % pour les hommes non handicapés et 29,9 % pour les femmes non handicapées.

Plus spécifiquement, les études nationales décrites par l'OMS, réalisées de 2002 à 2006 (annexe 1), montrent que, dans les pays développés comme en développement, les personnes handicapées en âge de travailler affichent un taux d'emploi nettement inférieur aux personnes non handicapées. De plus, le taux d'emploi varierait considérablement suivant la nature du handicap, et ce seraient les personnes présentant une déficience intellectuelle ou psychique qui afficheraient les taux d'emploi les plus faibles.

Les estimations de l'OMS sont généralement confirmées par des enquêtes plus récentes, nationales ou centrées sur quelques pays. A titre d'exemple, voici les données recueillies :

- Amérique du Nord :
    - Selon l'OMS, **au Canada**, le taux d'emploi des personnes handicapées serait de 56,3 % contre 74,9 % pour la population générale. Aux **Etats-Unis**, il serait de 38,1 % contre 73,2 % dans la population générale.
    - Selon une étude nationale réalisée en 2012 au **Canada** (13), le taux d'emploi chez les Canadiens âgés de 25 à 64 ans avec une incapacité était de 49 %, comparativement à 79 % parmi les Canadiens sans incapacité. De plus, les personnes ayant une incapacité étaient plus susceptibles d'être au chômage (11 % par rapport à 6 % pour les personnes sans incapacité) ou inactives (45 % par rapport à 16 %). Parmi les Canadiens avec une incapacité, 12 % ont affirmé s'être vu refuser un emploi en raison de leur état dans les cinq années précédentes. Ce pourcentage atteignait 33 % parmi les 25 à 34 ans avec une incapacité sévère ou très sévère.
    - Selon Courtney-Long *et Al* (38), en 2013, aux **Etats-Unis,** la prévalence du handicap était deux fois plus élevée chez les personnes sans emploi (33,5 %) que chez les personnes occupant un emploi (12,6 %).
- Amérique centrale et du Sud :
    - Selon l'OMS, au **Mexique,** le taux d'emploi des personnes handicapées serait de 47,2 % alors qu'il serait de 60,1 % dans la population générale. Au **Pérou,** il serait de 23,8 % contre 64,1 % dans la population générale.
    - Au **Chili**, selon une étude de 2004 (39), 27,7 % des personnes handicapées exerçaient une activité rémunérée, contre 38,6 % pour l'ensemble de la population.

- Afrique :
    - Selon l'OMS, en **Afrique du Sud,** le taux d'emploi des personnes handicapées serait de 12,4 % contre 41,1 % pour la population générale. En **Zambie,** il serait de 45,5 % contre 56,5 % dans la population générale.
    - Selon une étude de 2012 réalisée au **Maroc** (40), le taux d'emploi chez les personnes en situation de handicap âgées de 15 ans et plus serait de 11,7 % (soit cinq fois inférieur à celui de la population générale pour la même tranche d'âge). Et parmi les personnes en situation de handicap en âge d'être actives (15 ans et plus), 74,9 % d'entre elles déclarent qu'il leur est impossible d'exercer un emploi ou une activité professionnelle, rémunérée ou non.
    - Selon une étude de 2014 réalisée en **Ouganda** (41), dans le district de Kasese, sur l'ensemble des personnes handicapées âgées de 14 à 64 ans, seulement 4 % avaient une activité professionnelle et 46 % exprimaient un découragement ou une discrimination pour la recherche d'emploi.

- Asie :
    - Selon l'OMS, en **Inde**, le taux d'emploi des personnes handicapées serait de 37,6 % contre 62,5 % dans la population générale. Au **Japon**, 22,7 % contre 59,4% dans la population générale.
    - Selon une étude de 2014 réalisée dans deux états du **sud de l'Inde** (42), le taux de personnes sans emploi serait de 43,4 % chez les personnes handicapées contre 16,8 % chez les personnes non handicapées.
    - Selon Park *et Al* en 2016 (43), seulement 37,6 % des adultes handicapés **sud-coréens** auraient un emploi, loin en dessous du taux d'emploi coréen pour les personnes non handicapées (59,5 %).

- Océanie :
    - Selon l'OMS, en **Australie**, le taux d'emploi des personnes handicapées serait de 41,9 % contre 72,1 % dans la population générale.
    - Selon une étude nationale réalisée en 2015 en **Australie** (44), le taux d'inactivité était de 46,6 % chez les personnes handicapées en âge de travailler comparativement à 16,8 % chez les personnes non handicapées. De plus, le taux de chômage des personnes handicapées s'élevait à 10 % (soit deux fois plus élevé que celui des personnes sans handicap à 5,3 %). Enfin les personnes en situation de handicap travaillaient moins souvent à temps plein (27 %) que les personnes sans handicap (53,8 %).
    - Selon une étude réalisée en 2013 en **Nouvelle-Zélande** (45), 45 % des adultes handicapés en âge de travailler avaient un emploi contre 72 % des personnes sans handicap. De plus, leur taux de chômage était de 9 % contre 5 % pour les personnes sans handicap. Des données plus récentes, datant de 2017 (46), sont relativement similaires avec notamment un taux de chômage actualisé à 11,4 % pour les personnes handicapées, plus de deux fois supérieur à celui des personnes non handicapées (4,5 %).

- Europe :
    - Selon l'OMS, en **Allemagne,** le taux d'emploi serait de 46,1 % chez les personnes handicapées contre 64,8 % chez les personnes non handicapées. En **Norvège**, 61,7 % contre 81,4 % dans la population générale. En **Pologne**, 20,8 % contre 63,9 % dans la population générale. Au **Royaume-Uni**, 38,9 % contre 68,6 % dans la population générale. En **Suisse**, le taux d'emploi est plus élevé, de 62,2 %, se rapprochant des 76,6 % de l'ensemble de la population.
    - **Une enquête européenne de 2009** (47), montre une forte corrélation entre handicap, emploi et niveau d'éducation et indique que ce serait les personnes présentant une déficience intellectuelle ou psychique qui présenteraient le plus de difficultés pour entrer ou rester sur le marché du travail en Europe.
    - Enfin, selon une enquête réalisée dans les pays de l'**Union Européenne en 2011** (48), le taux d'emploi des personnes ayant des limitations d'activité était de 47,3 % soit près de 20 points de moins que les personnes sans difficultés. Au niveau des pays, les écarts les plus importants ont été observés aux Pays-Bas (43 % contre 80 %) et en Hongrie (24 % contre 61 %). La plus faible variation est, par contre, observée au Luxembourg (2 points de moins seulement). Autres faits notables, la proportion de personnes travaillant au domicile était plus élevée parmi les personnes handicapées (15 %) que parmi la population générale en emploi (13 %) et pour 14 pays européens le taux d'inactivité des personnes ayant des limitations d'activité dépassait les 50 %.

b. Politiques d'emploi en matière de handicap

Selon l'article 27 de la **Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées de l'ONU** (31), les États Parties « reconnaissent aux personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, le droit au travail, notamment à la possibilité de gagner leur vie en accomplissant un travail librement choisi ou accepté sur un marché du travail et dans un milieu de travail ouverts, favorisant l'inclusion et accessibles aux personnes handicapées.

Ils garantissent et favorisent l'exercice du droit au travail, y compris pour ceux qui ont acquis un handicap en cours d'emploi, en prenant des mesures appropriées, y compris des mesures législatives ».

Ainsi, de nombreux pays ont mis en place une **législation** portant sur l'emploi des personnes handicapées. La politique visant à empêcher la discrimination fondée sur le handicap dans le cadre de l'emploi peut prendre la forme (49) :

- de lois anti-discrimination (adoptées par exemple, entre autres, aux États-Unis en 1990, en Australie en 1992, au Canada en 1986 et 1996, en Nouvelle-Zélande en 1993, en Ecosse en 1995, en Allemagne en 2006, en Belgique en 2007 ou au Japon en 2013),
- de clauses spécifiques intégrées dans une législation plus générale,
- de l'inscription dans la Constitution nationale (comme, par exemple, la Suisse, l'Ukraine, l'Afghanistan, l'Iran, l'Algérie, le Bénin, Cuba ou encore le Ghana),
- de mesures de discrimination positive (comme au Brésil, en Israël, au Portugal…).

De plus, certains pays ont instauré une **obligation d'emploi des travailleurs handicapés** pour les entreprises du secteur privé et/ou public. Pour rappel, en France, cette obligation concerne les entreprises privées et publiques dans une proportion de 6 % de l'effectif total.

Voici à titre d'exemple, le quota de salariés handicapés mis en place dans d'autres pays :

- Italie : 7 % de l'effectif total pour les entreprises privées ou publiques de plus de 50 salariés.
- Allemagne : 5 % pour les entreprises privées ou publiques de plus de 20 salariés.
- Autriche : 4 % pour les entreprises privées de plus de 25 salariés.
- Turquie : 3 % pour les entreprises de plus de 50 salariés.
- Afrique du Sud : 2 % pour les organismes publics.
- Chine : 1,5 % sans autre information retrouvée.
- Tunisie : 1 % ...

Enfin, parmi les autres mesures de dimension internationale concernant l'emploi des personnes handicapées, sans être exhaustifs, nous pouvons par exemple citer (1,47) :

- Les aides financières pour les employeurs : incitations fiscales, financement des aménagements (par exemple aux Etats-Unis via les agences nationales de réadaptation professionnelle), plan d'aide à l'adaptation du lieu de travail (par exemple, en Australie, ce dispositif est financé par le ministère du travail).
- Les dispositifs d'emploi aidé ou en milieu adapté ou protégé (par exemple, en Suisse, où le taux d'emploi des personnes handicapées est l'un des plus élevés, ces personnes travaillent le plus souvent dans des structures spécifiques).
- Les agences pour l'emploi : par exemple l'Autriche, la Belgique, le Danemark ou la Finlande garantissent l'accès des personnes handicapées aux services proposés par les agences généralistes alors que d'autres pays mettent en place des services pour l'emploi qui leur sont dédiés (Singapour, Chine, Brésil, Espagne, Afrique du Sud, Royaume-Uni, Inde…).
- Les services de réadaptation et de formation professionnelle.
- Les emplois assistés (modèle du « supported employment» des Etats-Unis avec la mise en place d'un soutien individualisé et de longue durée).
- Les emplois flexibles (l'exemple du Danemark avec des subventions salariales en cas de diminution de la capacité de travail).
- Les aides à la création d'entreprise…

1.1.4.2 Sur le plan national

a. Epidémiologie

➢ En France, selon l'enquête de l'Insee réalisée en 2015 (23), le pourcentage d'**inactivité** des personnes handicapées (au sens de « bénéficiant d'une reconnaissance administrative ou déclarant souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ou de caractère durable les limitant depuis au moins 6 mois dans leurs activités quotidiennes ») est nettement plus important (47 %) que dans l'ensemble de la population des 15-64 ans (28 %). De plus, cette situation d'inactivité concerne majoritairement les personnes handicapées de 40 ans ou plus (80 % de cette tranche d'âge pour les personnes handicapées inactives, contre 45% pour la population générale inactive en âge de travailler).

➢ Parmi les actifs (personnes en emploi ou en recherche d'emploi), le taux de **chômage** est également supérieur dans la population handicapée (15 %) que dans l'ensemble de la population des 15-64 ans (10 %). Il est également de plus longue durée dans la population handicapée (25 % de chômage de 3 ans ou plus) que dans l'ensemble de la population en âge de travailler (14 % de chômage de 3 ans ou plus).

➢ Le **taux d'emploi** serait, quant à lui, de 45 % dans la population handicapée contre 64 % dans l'ensemble de la population des 15-64 ans. Lorsqu'elles travaillent, les personnes handicapées seraient un peu plus souvent que l'ensemble de la population en CDI (80 % contre 76 %), en ancienneté longue de 10 ans ou plus (55 % contre 45 %) et à temps partiel (28 % contre 19 %).

➢ Des données épidémiologiques complémentaires ont pu être collectées en s'intéressant aux personnes ayant une reconnaissance administrative du handicap ouvrant droit à l'**obligation d'emploi des travailleurs handicapés** :

- Près de la moitié d'entre elles déclare avoir connu des périodes d'inactivité de plus d'un an contre seulement le quart des non ayants-droits.
- 65 % d'entre elles déclarent que leur itinéraire professionnel a été perturbé en raison de leur santé, contre 7 % pour le reste de la population (15).
- Les différentes reconnaissances ouvrant droit à l'obligation d'emploi se répartiraient en :
  - RQTH : 72 %.
  - Rente AT/MP : 14 %.
  - Pension d'invalidité : 10 %.
  - Carte d'invalidité : 1 %.
  - AAH : 2 %.
  - Mutilés de guerre et assimilés : 1 %.
- La part en équivalent temps plein des travailleurs handicapés, parmi l'ensemble des salariés des établissements assujettis à l'obligation d'emploi, s'établirait en 2013 à 3,3 %. Cette proportion de travailleurs handicapés est plus faible dans les établissements de moins de 50 salariés (3,0 %) et plus élevée dans les établissements de 500 salariés ou plus (3,6 %).

- Les anciennes régions Franche-Comté, Auvergne et Poitou-Charentes présentaient les proportions de travailleurs handicapés les plus élevées. En effet, la part des travailleurs handicapés (en équivalent temps-plein) parmi l'ensemble des salariés était de 4,2 % pour ces trois régions. A contrario, l'Ile-de-France et les départements d'Outre-Mer présentaient les taux les plus bas (2,5 et 2,2 %) (50).

b. Politique nationale d'emploi en matière de handicap

En France, comme nous l'avons évoqué précédemment, les droits fondamentaux de la personne handicapée sont actuellement définis par la **loi du 11 février 2005** (35) dite pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle traite de l'emploi des personnes handicapées, du travail adapté et du travail protégé dans son titre IV, chapitre II.

« Afin de garantir le respect du principe d'égalité de traitement à l'égard des travailleurs handicapés, les employeurs […] prennent, en fonction des besoins dans une situation concrète, les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs […] d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer et d'y progresser ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée, sous réserve que les charges consécutives à la mise en œuvre de ces mesures ne soient pas disproportionnées, notamment compte tenu des aides qui peuvent compenser en tout ou partie les dépenses supportées à ce titre par l'employeur.».

Le **code du travail** (8) encadre également la politique en faveur de l'emploi des personnes handicapées (livre II, titre 1er).

La **politique régionale** comporte le programme régional d'accès à la formation et à la qualification professionnelle des personnes handicapées, élaboré par les régions, en concertation avec d'autres acteurs. De plus, sous l'autorité du représentant de l'Etat dans la région, le service public de l'emploi élabore, tous les cinq ans, un PRITH : Plan Régional pour l'Insertion des Travailleurs Handicapés (article L5211-5 du code du travail).

La **Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé** est définie dans l'article L5213-1 du code du travail. Elle est attribuée à toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique.

La qualité de travailleur handicapé est reconnue par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées et est attribuée pour une période de 1 à 5 ans.

Elle permet de bénéficier de certains avantages comme un accès facilité aux dispositifs d'accompagnement vers l'emploi, à certaines formations professionnelles, aux bilans de compétences et d'orientation professionnelle, aux financements d'aménagement du poste de travail ou achats de matériel, aux aides de l'AGEFIPH… Une personne bénéficiant d'une RQTH n'est pas tenue d'avertir son employeur, mais l'accès aux avantages qu'elle confère n'est souvent possible que si l'employeur en est informé.

L’**Obligation d’Emploi des Travailleurs Handicapés** et assimilés, dans la proportion de 6 % de l'effectif total de ses salariés, s'applique à tout employeur, occupant au moins vingt salariés, y compris les établissements publics industriels et commerciaux (article L5212-2).

Les personnes bénéficiant de l'obligation d'emploi sont :

- les travailleurs reconnus handicapés par la CDAPH (RQTH),
- les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire,
- les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain,
- les bénéficiaires mentionnés dans le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre,
- les sapeurs-pompiers volontaires titulaires d’une allocation ou d’une rente d’invalidité attribuée en cas d’accident survenu ou de maladie contractée en service,
- les titulaires de la carte “ mobilité inclusion ” portant la mention “ invalidité ”,
- les titulaires de l'AAH.

Elles peuvent être embauchées en contrat à durée indéterminée (CDI) ou déterminée (CDD), à temps plein ou à temps partiel, mais également dans le cadre de contrats d’apprentissage ou de professionnalisation.

A noter que l’employeur peut s’acquitter partiellement de l’OETH par certaines mesures, en particulier en passant des contrats de fournitures, de sous-traitance ou de prestations de services avec des travailleurs indépendants handicapés ou des établissements d’aide par le travail ou en accueillant en stage des travailleurs handicapés.

En outre, les employeurs tenus à l’obligation d’emploi peuvent s’acquitter de cette obligation en versant à l’AGEFIPH une contribution financière annuelle pour chacun des bénéficiaires qu’ils auraient dû employer.

Cependant, cette contribution sera majorée pour les entreprises qui n'ont employé aucun bénéficiaire de l'obligation d'emploi, n'ont passé aucun contrat spécifique ou n'ont appliqué aucun accord collectif pendant une période supérieure à trois ans.

Enfin, lorsqu'ils ne satisfont à aucune obligation (ni emploi, ni mesures partielles, ni contribution annuelle), les employeurs reçoivent une pénalité financière.

c. Principaux acteurs nationaux d'aide à l'emploi

En France, de nombreux acteurs interviennent dans l'aide à l'emploi des personnes handicapées.

- **La Maison Départementale des Personnes Handicapées**

Le rôle primordial de la MDPH dans l'accompagnement des personnes handicapées a été décrit précédemment. Concernant l'emploi, elle intervient lors de l'attribution de la RQTH bien sûr, mais aussi concernant l'orientation professionnelle des personnes reconnues travailleurs handicapés. L'orientation est proposée par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de l'orientation professionnelle qui est composée :

- d'un personnel administratif de la MDPH,
- d'au moins un médecin de la MDPH,
- d'au moins deux représentants d'organismes externes parmi : le service public de l'emploi, Cap Emploi, SAMETH, Association Espoir, représentant des allocataires RSA.

Sont décidées les orientations vers un établissement ou service d'aide par le travail, vers un centre de rééducation professionnelle (pour des formations adaptées) ou de pré-orientation professionnelle (pour la définition d'un nouveau projet professionnel) ou l'orientation vers le marché du travail.

En cas d'orientation vers le marché du travail, sont distingués deux types d'orientations :

- MDE : « Maintien Dans l'Emploi » pour toute personne en CDI.
- RDE : « Retour Dans l'Emploi », pour les personnes sans emploi ou en contrats courts (CDD, apprentissage…).

Sont également discutés les accompagnements spécifiques par les organismes Cap Emploi, SAMETH, Espoir ou Missions Locales.

De plus, lorsqu'une personne est en emploi CDI et en arrêt maladie depuis 6 mois ou plus, une notification « SAMETH » est réalisée par la MDPH. Elle consiste au signalement des situations lors de la réunion pluridisciplinaire et à l'envoi des coordonnées du SAMETH à la personne concernée conjointement à l'accord RQTH.

- **Le réseau Cap Emploi**

Ce réseau national est composé d'organismes départementaux définis par la loi du 11 février 2005 comme des Organismes de Placement Spécialisés (OPS). Ils ont une mission départementale de service public, en complément de l'action du service public de l'emploi (pôle emploi). Ils sont conventionnés par l'Etat, l'AGEFIPH, le FIPHFP et Pôle Emploi.

Leur objectif est de favoriser l'embauche des travailleurs handicapés dans les entreprises privées ou publiques. La personne handicapée est conseillée par une personne référente, tout au long de son parcours d'insertion professionnelle : définition d'un projet professionnel, mobilisation des aides financières, formation, recherche d'emploi, proposition d'offres d'emploi, intégration dans l'entreprise. Les conseillers Cap emploi apportent également leurs aides et conseils aux entreprises pour le recrutement et l'intégration de collaborateurs handicapés (51).

- **Le Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés**

Le SAMETH, service spécifique d'aide au maintien dans l'emploi, présent dans chaque département, est délivré par des professionnels sélectionnés par l'AGEFIPH et financé par l'AGEFIPH ou le FIPHFP selon le secteur privé ou public. Ces professionnels ont pour mission d'accompagner les entreprises et les salariés afin de trouver une solution de maintien dans l'entreprise, ceci à travers :

- Informations et conseils sur le cadre juridique et la démarche de maintien dans l'emploi.
- Analyse de la situation et accompagnement dans la recherche et la construction de solutions adaptées.
- Mobilisation des aides techniques, humaines et financières pour la mise en œuvre de la solution de maintien (52).

À noter que les employeurs appliquant un accord de branche, de groupe, d'entreprise ou d'établissement en faveur des travailleurs handicapés ne peuvent pas faire appel au SAMETH.

- **Le médecin du travail**

Lors des visites médicales, le médecin du travail s'assure que l'état de santé du travailleur handicapé est compatible avec le poste de travail occupé. Les visites médicales sont réalisées à plusieurs occasions :

- Visite médicale d'embauche : il s'agit d'une visite médicale d'information et de prévention réalisée dans les 3 mois suivant l'embauche.
- Visites médicales dans le cadre du suivi individuel adapté de l'état de santé : tout travailleur, reconnu en qualité de travailleur handicapé, bénéficie d'un suivi individuel adapté de son état de santé réalisé par le médecin du travail lui-même. Si la personne handicapée est vue en visite d'information et de prévention par un autre membre de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, elle est orientée sans délai vers le médecin du travail. Le médecin du travail déterminera la périodicité (sans excéder 3 ans) et les modalités du suivi médical adapté à la personne concernée.
- Visite médicale de reprise : réalisée par le médecin du travail dans un délai de 8 jours à compter du jour de la reprise. Elle est obligatoire après une absence pour maladie professionnelle, après un congé maternité et après une absence d'au moins 30 jours pour maladie simple ou accident du travail.
- Visite médicale de pré-reprise : réalisée pendant l'arrêt maladie, par le médecin du travail, à l'initiative du salarié, de son médecin traitant ou du médecin conseil. Elle est règlementairement obligatoire pour les arrêts maladie de plus de 3 mois mais toujours possible pour les arrêts plus courts. Elle est essentielle pour favoriser le maintien dans l'emploi.
- Visite médicale occasionnelle réalisée à la demande du salarié, de l'employeur ou du médecin du travail.

A tout moment, s'il le juge nécessaire, le médecin du travail peut proposer des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail.

Il peut s'appuyer sur les membres de l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail pour réaliser une étude du poste et des conditions de travail.

Si le médecin du travail constate qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible et que l'état de santé du travailleur justifie un changement de poste, il déclare alors le travailleur inapte à son poste de travail. L'avis d'inaptitude rendu par le médecin du travail est éclairé par des conclusions écrites, assorties d'indications relatives au reclassement du travailleur.

Le médecin du travail peut proposer à l'employeur l'appui d'organisme compétent en matière de maintien en emploi (SAMETH par exemple) pour mettre en œuvre son avis et ses indications ou ses propositions (8).

L'action du médecin du travail nécessite souvent la collaboration, de près ou de loin, avec les autres disciplines médicales (médecin traitant, médecin conseil, médecin spécialiste, médecin inspecteur du travail…).

- **L'Assurance Maladie**

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie effectue le signalement, vers le Service Social, des assurés en arrêts de travail depuis au moins 90 jours. Le Service Médical (médecin conseil) peut aussi détecter les assurés sociaux présentant un risque de désinsertion professionnelle et solliciter le médecin du travail ou le Service social interne.

Le Service social de la CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail) est l'interlocuteur privilégié de l'assuré pour l'informer et l'accompagner (en accompagnement individuel ou collectif). Il aide les personnes confrontées à un problème d'emploi du fait de leur état de santé, à se maintenir dans leur poste, leur emploi ou leur entreprise. Il aide aussi ceux qui n'ont pu conserver leur emploi à retrouver les conditions nécessaires à un retour à l'emploi (53).

A noter, l'existence également d'un médecin conseil et/ou d'un service d'action sociale au sein du régime agricole (MSA), du régime social des indépendants (RSI) et du service de santé des gens de la mer (ENIM).

- **Les services sociaux**

Hormis le service social de l'assurance maladie, d'autres services sociaux peuvent participer à l'accompagnement et le conseil des personnes handicapées (assistants de service social au sein de la MDPH, au sein des services de santé au travail…).

- **L'AGEFIPH et le FIPHFP**

Dans le domaine privé ou public, le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées est le levier financier au cœur des dispositifs.

Ces organismes perçoivent et gèrent les contributions des entreprises qui ne satisfont pas en tout ou partie à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

Ils ont pour mission de favoriser l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées en apportant, aux personnes handicapées et aux entreprises, des aides financières et des services ou prestations mis en œuvre par des réseaux de partenaires (Cap Emploi, SAMETH, Alther…).

Il peut s'agir d'aides pour compenser le handicap, pour des aménagements personnels ou professionnels, pour la création d'activité, pour la formation, pour les entreprises (aides à l'incitation au recrutement, aides au maintien dans l'emploi, reconnaissance de la lourdeur du handicap…). Le service « Alther » mobilise, informe et accompagne les entreprises pour satisfaire leur obligation d'emploi des travailleurs handicapés (51).

- **La DIRECCTE**

Les unités territoriales de la DIRECCTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi) apportent leur aide pour développer l'emploi, sécuriser les mobilités professionnelles et contribuer à l'insertion professionnelle des personnes menacées d'exclusion.

- **Les Missions Locales**

Il s'agit d'un service à destination exclusive des jeunes de 16 à 25 ans, qu'ils soient reconnus travailleurs handicapés ou non. Les missions locales réalisent un accompagnement individualisé afin de leur permettre de surmonter les difficultés qui font obstacle à leur insertion professionnelle et sociale.

- **Les associations (liste non exhaustive)**

- L'UDAF (Union Départementale des Associations Familiales) : le Pôle Insertion des UDAF a un rôle d'accompagnement social et d'aide à l'insertion professionnelle. Dans de nombreux départements, il existe au sein du pôle insertion, le service ESPOIR d'aide à l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique bénéficiant d'une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (54).

- La FNATH (Fédération Nationale des Accidentés du Travail et Handicapés) : cette association a signé une convention avec l'AGEFIPH visant à renforcer l'accompagnement des travailleurs handicapés et, en particulier, les personnes accidentées de la vie confrontées à des ruptures de parcours professionnel (55).

- L'association COMETE France : le réseau national Comète comprend une cinquantaine d'établissements de soins de suite et de réadaptation disposant d'une unité pluridisciplinaire d'insertion socio-professionnelle. L'association accompagne les patients, dès la phase d'hospitalisation, dans la construction d'un projet professionnel compatible avec leur état de santé en vue de prévenir les risques de désinsertion professionnelle (56).

d. Données relatives à la région Poitou-Charentes

En Poitou-Charentes sont retrouvés les mêmes **acteurs d'aide à l'emploi** des personnes handicapées, déployés à l'échelle régionale et/ou départementale : MDPH, CAP EMPLOI, SAMETH, MLI, Services de Santé au Travail, DIRECCTE, CPAM, CARSAT, MSA, RSI, AGEFIPH, UDAF, FNATH, associations ESPOIR pour les départements 86, 17 et 79.

Le service de soins de suite et de réadaptation du Grand Feu à Niort abrite une unité d'insertion socio-professionnelle adhérente au réseau COMETE.

En 2015, dans le cadre du PRITH (**Plan régional pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés**), a été réalisé un état des lieux de la population handicapée dans l'ancienne région Poitou-Charentes (57), d'où sont extraites les données suivantes.

➢ Pour commencer, entre 2014 et 2015, l'étude révèle une augmentation de 12,6 % du nombre de RQTH attribuées et de 14,5 % du nombre d'AAH attribuées.

➢ En 2015, en Poitou-Charentes, le **taux d'emploi** direct, en équivalent temps-plein, des travailleurs handicapés dans les établissements assujettis était de 4,10 % soit un des plus élevés parmi les régions françaises.

Les salariés bénéficiaires de l'obligation d'emploi étaient pour la plupart des hommes (56,7 %), de 25 à 49 ans (45,9 %), travaillant à temps complet (75,6 %), en CDI (86,1 %) et bénéficiant d'une RQTH (85,9 %). A noter qu'en comparant aux années précédentes, il est observé une augmentation sensible mais régulière du nombre de femmes bénéficiant de l'obligation d'emploi salariées, une baisse des CDI au profit des CDD et de l'intérim, et une proportion de plus en plus importante de salariés de 50 ans et plus.

➢ Sur l'année 2015, les accompagnements par le **SAMETH** ont concerné en grande majorité des entreprises ou associations du secteur privé (76 %). Viennent ensuite la fonction publique territoriale (10 %), les indépendants non-salariés (7 %), la fonction publique d'état (5 %), la fonction publique hospitalière et les établissements publics à caractère industriel et commercial (1 % chacun). Autres données recueillies :

- La plupart des interventions concernaient des entreprises de moins de 20 salariés (41 %).
- 49 % des personnes accompagnées avaient 50 ans ou plus.
- L'accompagnement par le SAMETH intervenait dans 75 % des cas dans le cadre de maladies non professionnelles.
- Les accidents du travail et les maladies professionnelles représentaient 15 % des ouvertures de parcours dans le cadre d'un maintien dans l'emploi.
- L'aggravation d'un handicap préexistant représentait 5 % des signalements.

➢ Les données issues du service public de l'emploi montrent, parmi les **demandeurs d'emploi**, une proportion de 10,5 % de bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (DEBOETH) en Poitou-Charentes contre une proportion de 8,5 % dans l'ensemble des demandeurs d'emploi en France métropolitaine.

En Poitou-Charentes, les demandeurs d'emploi bénéficiant de l'OETH sont majoritairement des hommes (53,7 %), âgés de 25 à 49 ans (51,4 %) bien que ce soit la tranche d'âge de 50 ans ou plus qui enregistre la plus forte hausse sur 12 mois (+ 8,3 %), de niveau V de qualification (Cap, BEP) ou inférieur (78 %) et avec une ancienneté dans le chômage de moins de 12 mois (44,5 %). Le département de la Vienne enregistre des estimations globalement similaires.

➢ Sur l'année 2014, en Poitou-Charentes, le réseau **Cap Emploi** a permis 39 créations d'activité ainsi que la signature de 2386 contrats de travail se répartissant en :

- 75 % de contrats privés : parmi eux 37 % à temps partiel, 12,4 % de contrats d'intérim et 42,5 % de contrats aidés.
- 25 % de contrats publics : dont 60 % à temps partiel et 57,7 % de contrats aidés.
- 80 % de CDD et 20 % de CDI.

➢ Pour finir, concernant les entrées en **formation** en 2015, dans la région Poitou-Charentes, des demandeurs d'emploi bénéficiant de l'OETH :

- 46 % accèdent à une formation financée par le conseil régional (et 79 % d'entre eux via le programme régional de formation),
- 33 % accèdent à une formation financée exclusivement par l'AGEFIPH ou le FIPHFP (et pour 80 % d'entre eux, il s'agit de formations courtes et non pas qualifiantes ou certifiantes),
- 21 % accèdent à une formation financée en tout ou en partie par le service public de l'emploi (et 82 % d'entre eux via l'aide individuelle à la formation).

1.2 LE HANDICAP LOCOMOTEUR

1.2.1 Définition

Nous nous intéressons à présent plus spécifiquement au handicap locomoteur. Comme pour la définition générale du handicap vue précédemment, le handicap locomoteur associe l'existence d'une déficience locomotrice (résultant d'une perte de substance, d'une altération de structure ou de fonction ou d'un trouble de santé invalidant), durable ou définitive, ainsi qu'une limitation d'activité et restriction de participation à la vie en société.

Globalement, le handicap locomoteur recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, c'est-à-dire de la capacité du corps à se mouvoir. L'atteinte peut être au niveau de la tête, de l'axe, des membres supérieurs ou inférieurs avec des répercussions, par exemple, sur le déplacement, l'action de conserver ou changer de position, de prendre ou manipuler des objets, d'effectuer certains gestes…

Le **guide-barème** (37) pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées détaille, dans son chapitre 7, l'évaluation des déficiences de l'appareil locomoteur. Il rappelle l'importance de considérer la lésion (déficience) et son retentissement (incapacités et restrictions de participation) et non pas l'étiologie. En effet, plusieurs étiologies uniques ou même multiples peuvent aboutir à une seule et même déficience.

Il est également important de concevoir que les différentes déficiences de l'appareil locomoteur ne s'excluent pas. Le handicap locomoteur peut résulter de l'association de plusieurs types de déficience locomotrice.

De plus, l'évaluation tiendra compte de l'existence d'autres déficiences associées. Selon l'étiologie, il n'est pas rare qu'une déficience intellectuelle ou du langage ou viscérale soit notamment associée à la déficience locomotrice.

Les atteintes de l'appareil locomoteur se classent en plusieurs types de déficience :

- Déficiences de la tête

Elles comprennent les atteintes du port de tête (en lien avec des déficits moteurs ou des mouvements anormaux par exemple), de la mastication ainsi que de la fonction salivaire.

- Déficiences du tronc

Les déficiences du tronc comprennent, quelle qu'en soit l'étiologie (neurologique, rhumatismale, orthopédique, etc.), les déficiences motrices du tronc, les troubles de la statique et du tonus, les déviations du rachis, les déficiences discales et vertébrales... Le retentissement sera apprécié, entre autres, par la douleur, la raideur, l'importance de la déviation ou de la déformation.

- Déficiences mécaniques des membres

Elles comprennent les atteintes ostéo-articulaires à type de raideurs, ankyloses, rétractions, laxités, quelle qu'en soit l'étiologie.

- Déficiences motrices ou paralytiques des membres

Elles comprennent, quelle qu'en soit l'étiologie, tous les troubles moteurs, qu'ils soient d'origine centrale et/ou périphérique : paralysies, troubles de la commande, troubles de la coordination, dyskinésies, tremblements, mouvements anormaux, troubles du tonus, spasticités, déficits musculaires...

A noter que les troubles sensitifs pouvant être associés ne sont pas détaillés dans un chapitre spécifique. Ils sont à évaluer en parallèle de l'atteinte motrice. Selon leur importance et leur localisation, le taux d'incapacité pourra être majoré.

- Déficiences par altération des membres

Il s'agit, entre autres, des amputations, raccourcissements, malformations de membres.

- Déficiences viscérales à retentissement locomoteur

Les déficiences viscérales et générales ont souvent un impact sur les capacités locomotrices et notamment le déplacement. Le maintien du déplacement à son niveau optimal est souvent très entravé, de façon plus ou moins intermittente, par la fatigue, la douleur, la dyspnée ou la fonte musculaire par exemple. Mais pour certaines atteintes, la déficience locomotrice est au premier plan. C'est le cas, par exemple, dans le cadre d'artérite ou de lymphœdème de membres.

1.2.2 Epidémiologie nationale et internationale

1.2.2.1 Prévalence

En France, le handicap locomoteur est en proportion nettement plus importante comparativement aux autres handicaps.

En effet, selon l'enquête handicap santé de 2008 (2), sur les 9 millions de personnes de 18 ans et plus, vivant au domicile, déclarant au moins une limitation fonctionnelle, les limitations physiques sont les plus fréquemment déclarées (6,2 millions de personnes soit environ 69 % des limitations). De même, si nous nous focalisons sur la population de 20 à 59 ans (22), sur les 2,7 millions de personnes déclarant avoir des difficultés fonctionnelles, il s'agit de limitations fonctionnelles motrices pour 1,9 million d'entre elles (soit près de 70 %) et dans 84 % des cas les personnes présentent uniquement ce type de limitation.

➢ Dans les autres pays développés, nous observons, comme en France, une prédominance du handicap locomoteur bien que les définitions de handicap et de déficience locomotrice puissent diverger.

Une **enquête européenne** datant de 2011 (48), rapporte les difficultés fonctionnelles quotidiennes citées par les répondants âgés de 15 à 64 ans dans 31 pays (États membres de l'UE ainsi que la Turquie, l'Islande et la Suisse).

Ainsi, en moyenne, les quatre difficultés arrivant en tête font écho à la notion d'atteinte locomotrice :

- « soulever et porter » (5 % des personnes âgées de 15 à 64 ans dans l'UE avec des niveaux nationaux allant de 1 % en Irlande à 11% en Lettonie).
- « marcher et monter des escaliers » (4 % dans l'UE dans son ensemble avec des niveaux variant entre les pays de l'UE de 2 % en Irlande à 7 % au Luxembourg et 10 % en Turquie).
- « se pencher » (3 % en moyenne).
- « rester assis ou debout » (2,3 % en moyenne, à noter qu'il s'agit de la difficulté la plus fréquemment citée en France avec 6 % des répondants).

En **Allemagne**, le handicap physique concernerait, en 2015, environ 4 millions de personnes, soit 61 % de l'ensemble des personnes handicapées (58).

Au **Canada** (59), les incapacités décrites liées à la douleur, la mobilité, la flexibilité et la dextérité peuvent correspondre à la notion de handicap locomoteur. Parmi la population québécoise de 15 ans et plus avec incapacité, plus des deux tiers (68 %) ont une incapacité liée à la douleur et plus de la moitié (56 et 53 %) a une incapacité liée à la mobilité ou à la flexibilité (une personne pouvant présenter plus d'un type d'incapacité).

Aux **Etats-Unis,** en 2013 (38), l'incapacité liée à la mobilité était le type le plus fréquemment rapporté (la prévalence variant de 8,5 % à 20,7 % selon les états).

En **Irlande** (60), l'incapacité liée à la mobilité ou la dextérité était également l'incapacité la plus souvent citée (56 % de l'ensemble des personnes handicapées).

En **Australie,** en 2015 (44), plus des trois quarts (78,5 %) des personnes handicapées ont indiqué que leur problème de santé était en lien avec des difficultés physiques.

En **Nouvelle-Zélande** (45), la déficience physique est la limitation principale la plus courante parmi les personnes handicapées (43 % de la population handicapée).

Au **Japon** (61), le handicap physique concernerait 76,5 % des personnes handicapées.

- Dans les pays en voie de développement, la prédominance du handicap locomoteur est moins flagrante. Par exemple :

En **Afrique du Sud** (62), c'est l'incapacité visuelle qui a la prévalence la plus élevée (32 %) suivie par l'incapacité physique (30 %).

En **Zambie** (63), le handicap physique est majoritaire mais dans une proportion moindre (35 %), suivi de près par le handicap visuel (27 %).

En **Amérique du Sud** (64), l'incapacité motrice est légèrement prédominante dans la plupart des pays (Bolivie : 38 %, Chili : 31,2 %, Colombie : 26.2 %) sauf au Pérou où l'incapacité visuelle prédomine (38,2 %) suivie par l'atteinte motrice (25,5 %).

1.2.2.2 Etiologies

- Acquisition à l'âge adulte

En France, comme à l'étranger, les troubles à l'origine du handicap locomoteur peuvent être acquis au cours de la vie, à la suite d'un accident ou d'une maladie. Le handicap peut résulter de l'accumulation, sur toute une vie, de maladies, traumatismes et affections chroniques ainsi que de l'apparition de pathologies d'usure. Par là même, la prévalence du handicap locomoteur augmente progressivement avec l'âge (3).

- En **Europe**, l'enquête de 2011 (48) donne un aperçu des différents types de problèmes de santé en lien avec les difficultés fonctionnelles quotidiennes rapportées par les répondants.

Les problèmes de santé liés à l'axe étaient en moyenne, quel que soit l'âge, les plus fréquemment mentionnés dans la majorité des pays (20 pays sur 31).

Mais alors qu'ils concernent environ 2 % des personnes de 15 à 24 ans, ils touchent 15 % des personnes âgées de 55 à 64 ans.

De même les atteintes des membres inférieurs concerneraient 1 % des 15-24 ans et plus de 10 % des 55-64 ans et celles des membres supérieurs moins de 1% des 15-24 ans et 7 % des 55-64 ans.

Selon la même enquête européenne, les difficultés dans les activités de la vie quotidienne :

- « soulever et porter » concerne 1% des 15-24 ans et plus de 11% des 55-64 ans.
- « marcher, monter des escaliers » moins de 1% des 15-24 ans et plus de 10% des 55-64 ans.
- « se pencher » moins de 1% des 15-24 ans et quasiment 7% des 55-64 ans.
- « rester assis ou debout » moins de 1% des 15-24 ans et 5% des 55-64 ans.

- Au **Canada** (65), la prévalence de l'incapacité liée à la mobilité passe de 0,8 % chez les personnes âgées de 15 à 34 ans à 8,3 % chez les 55 à 64 ans pour atteindre 22,5 % chez les 75 ans et plus. Cet accroissement graduel en fonction de l'âge est également observable pour les incapacités liées à la flexibilité (0,8 % à 20,0 %) et à la douleur (1,7 % à 20,7 %).

- En **Irlande** (60), les incapacités liées à la mobilité et à la dextérité augmentent également avec l'avancée en âge. Elles concernent 7 % des 18-34 ans et 18 % des personnes âgées de 55 à 64 ans.

- En **Nouvelle-Zélande** (45), la déficience locomotrice est le type de handicap qui augmente le plus fortement avec l'âge (49 % des adultes de 65 ans et plus étaient physiquement handicapés, comparativement à 7 % des adultes de moins de 45 ans).

➢ Origine et pathologies

Si l'on s'intéresse aux pathologies à l'origine du handicap locomoteur, il semblerait, qu'en France comme à l'étranger, les troubles musculo-squelettiques des membres et les lombalgies en soient les plus fréquentes, dans des circonstances aigues ou chroniques (3).

- En **France**, selon l'enquête « Handicaps Incapacités Dépendance », 30 % des déficiences motrices seraient d'origine accidentelle. Les accidents du travail représentent la cause la plus fréquente des déficiences motrices d'origine accidentelle (30 % des cas). Viennent ensuite les accidents de la circulation et les accidents domestiques. On note davantage de déficiences du tronc suite à un accident du travail ou un accident de la circulation (environ 50 % des déficiences motrices accidentelles). Par contre, les déficiences des membres supérieurs prédominent suite à un accident domestique (40 %) ou suite à un acte médical (32 %). Autre fait notable, les déficiences motrices accidentelles liées à un accident du travail prédominent dans la population masculine tandis que les femmes sont plus touchées par des déficiences motrices accidentelles en lien avec des accidents domestiques (66).

Cependant, dans la grande majorité des cas, la déficience motrice a une origine autre à savoir les maladies, complications de grossesse, malformations ou encore le vieillissement... En effet, les maladies sont les plus grandes pourvoyeuses de handicap locomoteur. Par exemple, en France, les accidents vasculaires cérébraux représentent la première cause de handicap moteur non traumatique (2).

- En **Europe**, selon l'enquête de 2011 (48), les problèmes de santé liés à l'axe (niveau cervical, dorsal ou lombaire) étaient en moyenne, quel que soit l'âge, les plus fréquemment mentionnés dans la majorité des pays (20 pays sur 31).

- En **Australie** (44), parmi les difficultés physiques rapportées, sont retrouvées en tête de liste celles liées aux problèmes de dos (13,8 %) et d'arthrite (12,7 %). La plupart (20,3 %) des personnes ayant des limitations d'activité jugées « importantes », signalent les maladies du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif comme leur principal problème de santé.

- Au **Canada** (59), 40 % des personnes avec incapacité stipulent que les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif sont la principale cause de leur incapacité. Concernant l'origine principale de leurs difficultés, sont mentionnés le vieillissement (22 %), une maladie (21 %), une cause indéterminée (21 %) ou une cause liée au travail (19 %). Fait intéressant, les hommes mentionnent davantage que les femmes une cause liée au travail comme étant à l'origine de leur incapacité (28 % contre 10 %). Il s'agit d'ailleurs de la cause la plus fréquente d'incapacité chez les hommes. De leur côté, les femmes mentionnent plus fréquemment le vieillissement (25 % contre 17 %) ou une cause indéterminée (26 % contre 16 %).

- Aux **Etats-Unis**, selon une étude datant de 2005 (67), les principales étiologies à l'origine du handicap sont l'arthrite, les rhumatismes et les atteintes dorsales ou rachidiennes.

- En **Irlande** (60), les incapacités liées à la mobilité et la dextérité étaient causées par une maladie selon 45 % des personnes interrogées. Bien en deçà, sont citées ensuite, entre autres, les causes accidentelles (16 %), héréditaires (10 %) et professionnelles (4 %). Parmi les maladies, l'arthrite était celle la plus souvent déclarée (25 %).

1.2.3 Déficience locomotrice et emploi

La déficience locomotrice est ainsi fréquemment acquise à l'âge adulte et pose la question de son retentissement sur le plan professionnel.

- En **Europe**, la 6ème enquête sur les conditions de travail datant de 2015 (68), montre que les atteintes locomotrices sont un problème majeur de santé au travail. Au cours des douze mois précédant l'enquête, les travailleurs européens disent avoir souffert du dos pour 43 % d'entre eux et d'atteinte musculo-squelettique au niveau des membres supérieurs pour 42 % d'entre eux.

- Au **Canada** (65), plus de la moitié (58,4 %) des adultes de 15 à 64 ans ayant une incapacité liée à la mobilité étaient inactifs et 5,6 % étaient sans emploi.

- En **Espagne**, plus de 30 % des incapacités de travail permanentes sont dues aux troubles musculo-squelettiques (69).

- En **Nouvelle-Zélande** (45), c'est pour les personnes ayant une déficience d'agilité que la proportion de travailleurs ayant des difficultés à accomplir des tâches professionnelles était la plus importante (51 % d'entre eux).

- En **Irlande** (60), 70 % des adultes dont l'incapacité principale concernait la mobilité ou la dextérité ont dû quitter leur emploi précédent pour des raisons liées à leur handicap.

Il est important de souligner que certaines situations sont plus susceptibles de faire peser un risque sur l'emploi (7), comme les déclarations en accident du travail ou en maladie professionnelle, les arrêts de travail prolongés, les inaptitudes ou restrictions d'aptitude au poste de travail et les entrées en Affection de Longue Durée (ALD).

- En **France**, les atteintes locomotrices tiennent une place importante dans ces situations :

- Selon le rapport 2016 de l'assurance maladie (70), les affections péri-articulaires sont de loin la première cause de maladie professionnelle (87 %), devant les atteintes du rachis lombaire (7 %).

- De plus, les pathologies liées aux troubles musculo-squelettiques engendreraient environ 10 millions de jours d'arrêts de travail, ce qui les place en tête des motifs de journées de travail perdues (4).

- Concernant les accidents du travail, à noter que depuis 2005, la part des lombalgies dans le total des accidents du travail a augmenté, passant de 13 % à près de 20 %. De plus, la lombalgie dans le cadre d'un accident du travail occasionne, en moyenne, un arrêt de travail de plus de 2 mois.

- En outre, il est intéressant de se pencher sur les données relatives aux affections de longue durée en rapport avec les atteintes locomotrices. Ces maladies à l'origine d'arrêts de travail prolongés sont un véritable enjeu de retour et de maintien dans l'emploi pour les personnes concernées.

En 2016, les données de l'assurance maladie concernant les ALD pour le régime général (71), donnent certains chiffres de prévalence :

- 70 / 10 000 pour l'accident vasculaire cérébral (AVC) invalidant,
- 51 / 10 000 pour les affections neuromusculaires graves,
- 39 / 10 000 pour la polyarthrite rhumatoïde,
- 20 / 10 000 pour la maladie de Parkinson,
- 19 / 10 000 pour la spondylarthrite ankylosante grave,
- 14 / 10 000 pour la sclérose en plaques,
- 6 / 10 000 pour la paraplégie et
- 6 / 10 000 pour la scoliose évolutive.

Dans la littérature, le taux d'emploi dans le cadre de ces pathologies est très variable. Il est, par exemple, de 10 à 70 % chez les personnes ayant fait un AVC, de 25 à 60 % pour la sclérose en plaques, ou encore de 19 à 80 % chez les blessés médullaires (72).

- Enfin, si l'on regarde les pathologies à l'origine d'une inaptitude médicale au poste de travail, il s'agit d'une atteinte de l'appareil locomoteur (atteinte rachidienne, musculo-squelettique ou rhumatologique) dans plus de la moitié des cas : 58,4 % dans une étude (5), 62,3 % dans une autre (6).

Pour conclure, deux études en France confirment l'impact des atteintes locomotrices sur la vie professionnelle.

En effet, selon une étude réalisée (via le PDITH) en Ile-de-France (7), la majorité (53 %) des situations signalées à risque de désinsertion professionnelle concerne le handicap locomoteur

Dans l'enquête Santé et Itinéraire professionnel (73), la plupart des personnes (39 % des hommes et 36 % des femmes) dont l'itinéraire professionnel a été perturbé par un problème de santé, souffraient d'un trouble musculo-squelettique.

1.3 HYPOTHESE DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'apparition du handicap locomoteur à l'âge adulte, à la suite d'un accident ou d'une maladie, est une situation assez fréquente. Il constitue un risque vis-à-vis de l'emploi, auquel se retrouve confrontée la personne adulte devenue handicapée exerçant jusque-là une activité professionnelle. Dans ce cadre, la prévention de la désinsertion professionnelle représente un enjeu majeur pour les médecins du travail et nécessite la collaboration de l'ensemble des acteurs existants.

Ce sujet m'a questionnée une première fois lors de mon second stage d'internat au sein du service de Médecine Physique et Réadaptation du CHU de Poitiers. Puis, c'est lors de mon stage à la MDPH de la Vienne qu'il m'a été donné l'opportunité de le traiter.

J'ai ainsi voulu étudier quel était le taux de maintien dans l'emploi, ainsi que ses caractéristiques, suite à l'apparition d'un handicap locomoteur, en s'intéressant à ceux reconnus administrativement pour la première fois.

A cet effet, nous avons souhaité inclure dans notre étude les personnes, alors en emploi de contrat à durée indéterminée, ayant présenté un handicap locomoteur, et ayant été reconnues en qualité de travailleurs handicapés, par la MDPH de la Vienne, en 2013.

L'objectif principal de l'étude était de déterminer, 4 ans après, le taux de maintien dans l'emploi à la fois global et selon les caractéristiques générales, médicales et professionnelles de cette population.

Nous avions quatre objectifs secondaires :

- Evaluer les modalités du maintien dans l'emploi.
- Rechercher des facteurs associés au maintien dans l'emploi.
- Recueillir le ressenti professionnel des personnes maintenues dans l'emploi.
- Connaître les causes de la perte d'emploi ainsi que le devenir professionnel des personnes sorties de leur emploi initial.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 SCHEMA DE L'ETUDE

Le schéma de notre étude correspond à une étude observationnelle et descriptive sur une série de cas. Il s'agit d'une étude rétrospective, unicentrique et transversale. Elle a été menée sur une cohorte de personnes ayant bénéficié d'une primo-reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH), pour un handicap locomoteur, par la MDPH de la Vienne, en 2013 et alors en emploi de contrat à durée indéterminée.

2.2 POPULATION ETUDIEE

Pour effectuer le recrutement de la population, une recherche a d'abord été réalisée par le service informatique de la MDPH de la Vienne. Au niveau du logiciel informatique, ne sont codées que les données administratives relatives aux attributions de prestations et orientations.

Sur l'ensemble des primo-reconnaissances en qualité de travailleur handicapé attribuées par la MDPH de la Vienne en 2013, 1038 bénéficiaient d'une orientation « maintien dans l'emploi » et « milieu ordinaire de travail » signifiant que les personnes étaient alors en emploi à contrat de durée indéterminée, en milieu ordinaire de travail, au moment de la demande.

Un recueil de données dans les dossiers administratifs et médicaux de la MDPH de la Vienne, a permis ensuite de sélectionner la population à inclure dans l'étude.

Les deux critères d'inclusion cumulatifs étaient les suivants:

- Premier accord de RQTH « vrai ». Ont, en effet, été exclus les renouvellements de RQTH qui avaient été informatiquement notés « première demande » de par l'existence d'une période de fin de droit.
- Déficience principale locomotrice définie selon le guide-barème (37).

Au final, l'étude a porté sur 352 personnes.

2.3 RECUEIL DE DONNEES

Le recueil de données s'est effectué en deux étapes :

- Dans les dossiers administratifs et médicaux de la MDPH de la Vienne pour le recueil de données administratives (âge, sexe, taux d'incapacité, notification SAMETH par la MDPH) et médicales (atteinte locomotrice principale, pathologie, localisation principale, autre atteinte locomotrice associée, autre déficience associée) lors de la demande de RQTH en 2013 et pour la sélection de la population à inclure. Ces données, ainsi que toute autre donnée médicale ou professionnelle annotée dans le dossier médico-administratif, étaient collectées par écrit en attente de confirmation lors de l'enquête téléphonique.

- Lors d'une enquête téléphonique réalisée par la même personne, à 4 ans de la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, pour connaître le devenir professionnel.

L'enquête téléphonique suivait un questionnaire original visant à recueillir des données médicales et professionnelles à la fois rétrospectives et instantanées.

Ce questionnaire était composé, en majeure partie, de questions et réponses standardisées et était divisé en deux parties (annexe 2) :

- La première partie permettait de confirmer certaines données issues des dossiers et d'avoir un complément d'information sur la population et le contexte de la demande de RQTH en 2013. Il s'agissait, entre autres, de noter le poste de travail, le secteur d'activité, la catégorie socio-professionnelle, l'ancienneté, l'établissement, la personne à l'initiative de la demande RQTH, la notion d'arrêt maladie au moment de la demande, le niveau de formation et les ressources.
- La deuxième partie s'intéressait au devenir professionnel des personnes interrogées et, si elles étaient en activité, à leurs conditions de travail.

Les différents facteurs étudiés ont été choisis, pour la majorité d'entre eux, en fonction des données bibliographiques disponibles.

L'ensemble des questions se composait de choix multiples permettant d'avoir des réponses les plus ciblées possibles, avec toujours la possibilité pour les personnes de s'exprimer librement si elles le souhaitaient. La seule question ouverte était la dernière où il a été choisi de laisser s'exprimer les sujets sur leur ressenti vis-à-vis de leur situation professionnelle de travailleur handicapé.

Environ une semaine avant d'être contactées par téléphone, les personnes recevaient, par courrier postal, une lettre expliquant l'objectif de l'étude et ses modalités (annexe 3).

En absence de réponse lors du contact téléphonique, étaient réalisés deux appels en laissant deux messages sur la boite vocale. Si l'adresse électronique était connue, les personnes étaient alors contactées par cette voie-là et elles pouvaient soit reprendre contact par téléphone soit répondre au questionnaire par courrier électronique.

2.4 DECLARATION CNIL

Le récépissé attestant de la transmission d'un dossier de déclaration formellement complet nous a été délivré le 4 octobre 2017.

Conformément à la loi « informatique et libertés », il a été mis en place une sécurisation des fichiers collectant les données personnelles.

Concernant le respect des droits des personnes, celles-ci étaient informées de leur droit d'accès, de rectification et d'opposition dans le courrier postal qui leur a était adressé avant l'enquête téléphonique (annexe 3).

Leur consentement était ensuite recueilli par téléphone avant de débuter l'enquête téléphonique. Les personnes pouvaient à tout moment refuser de participer à l'étude.

Les personnes qui étaient contactées par courrier électronique bénéficiaient d'une nouvelle information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

2.5 CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL

Le critère de jugement principal est le **taux de maintien dans l'emploi** à 4 ans de la primo-reconnaissance en qualité de travailleur handicapé.

La définition du maintien dans l'emploi retenue ici est celle décrite par E. Clainchard en 2005 (7) : maintien dans l'emploi désigné comme soit maintien dans l'entreprise (au même poste de travail ou sur un poste de reclassement interne), soit nouvel emploi dans une autre entreprise (reclassement externe) sans période de chômage ou avec un relais immédiat de moins de 3 mois.

Ont été incluses, les personnes retraitées au moment de l'enquête, mais ayant été maintenues dans l'emploi jusqu'à l'âge de la retraite selon cette même définition.

Le critère de jugement principal est double :

- taux global de maintien dans l'emploi et
- taux de maintien dans l'emploi selon les caractéristiques générales, médicales et professionnelles de la population.

2.6 CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES

Plusieurs critères de jugement secondaires ont été étudiés :

- Les **modalités du maintien dans l'emploi**. Nous nous sommes intéressés aux dispositions mises en place (aménagement, reclassement, accompagnement), aux nouvelles caractéristiques professionnelles ainsi qu'au temps de travail et aux absences pour raisons de santé.

- Les **facteurs pouvant influencer le maintien dans l'emploi**. Nous avons recherché une association entre le maintien dans l'emploi et différents facteurs :

- Généraux : sexe et âge au moment de la demande de RQTH.

- Médicaux : atteinte locomotrice principale, localisation principale, autre atteinte locomotrice associée, autre déficience associée, origine professionnelle du handicap, origine accidentelle, personne à l'initiative de la demande de RQTH, notion d'arrêt maladie au moment de la demande de RQTH et ancienneté du handicap au moment de la demande.

- Professionnels : type d'établissement, ancienneté dans l'entreprise, niveau de formation, catégorie socio-professionnelle, secteur d'activité, notification « SAMETH » par la MDPH, accompagnement par le SAMETH déclaré et enfin le fait de bénéficier d'une rente ou d'une pension d'invalidité.

- Le **ressenti professionnel des personnes maintenues dans l'emploi**. L'évaluation comprenait le degré de satisfaction professionnelle, l'utilisation de la RQTH déclarée et les commentaires éventuels des personnes interrogées sur leur situation professionnelle.

- Les caractéristiques des personnes **sorties d'emploi** avec, entre autres, les causes de la perte d'emploi et le devenir professionnel des personnes interrogées. Quelques données supplémentaires ont été recueillies concernant les personnes exerçant une nouvelle activité professionnelle.

2.7 ANALYSE STATISTIQUE

Les analyses statistiques ont été faites à l'aide du logiciel SAS version 9.4.

Une analyse descriptive a été réalisée sur l'ensemble de la population de l'étude. Les résultats sont exprimés sous forme de moyenne, écart-type, minimum et maximum pour les variables quantitatives et effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives.

Une analyse comparative a été effectuée pour rechercher une association entre différents facteurs et le maintien dans l'emploi.

Pour les analyses univariées, les tests statistiques utilisés sont le test de Wilcoxon-Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis, selon la distribution de la variable, pour les variables quantitatives et le test de Chi-2 ou le test exact de Fisher, selon la distribution de la variable (binaire ou catégorielle), pour les variables qualitatives. Les résultats des variables binaires étaient complétés de leurs odds ratios et intervalles de confiance à 95 %.

Les analyses multivariées ont été réalisées par régression logistique avec calculs des intervalles de confiance à 95 % de Wald et de l'indice de concordance.

Une valeur seuil de $p<0,05$ était considérée comme significative.

Ces analyses statistiques ont été réalisées avec le précieux concours du Pr. INGRAND du service de biostatistiques et informatique médicale du CHU de Poitiers.

3. RESULTATS

3.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

3.1.1 Diagramme de flux (Figures 1 et 2)

Le logiciel informatique de la MDPH de la Vienne a permis d'identifier 1038 personnes ayant bénéficié d'une première reconnaissance en qualité de travailleur handicapé en 2013 ainsi que d'une orientation « maintien dans l'emploi » et « milieu ordinaire de travail ». Il s'agissait donc de personnes en emploi à contrat de durée indéterminée au moment de la demande, en milieu ordinaire de travail.

La sélection de la population à inclure dans l'étude s'est effectuée grâce à un recueil de données dans les dossiers administratifs et médicaux de la MDPH de la Vienne. Ce recueil s'est déroulé du 2 juin 2017 au 18 août 2017.

Sur les 1038 personnes, 686 ont été exclues pour les raisons suivantes :

- 474 personnes bénéficiaient en réalité d'un renouvellement de leur RQTH. Comme il existait une période de fin de droits, ces demandes étaient codées informatiquement comme des premières demandes.
- 13 personnes avaient des demandes en cours et leur dossier était en cours d'instruction donc non consultable.
- 82 personnes présentaient une déficience principale viscérale (soit environ 15 % des premières reconnaissances en qualité de travailleur handicapé orientées maintien dans l'emploi, hors dossiers non consultables).
- 70 personnes présentaient une déficience principale auditive (soit environ 13 % des primo-RQTH orientées maintien dans l'emploi).
- 27 personnes présentaient une déficience principale psychique (soit environ 5 % des primo-RQTH orientées maintien dans l'emploi).
- 12 personnes présentaient une déficience principale visuelle (soit environ 2 % des primo-RQTH orientées maintien dans l'emploi).
- 8 personnes présentaient une déficience principale intellectuelle (soit environ 1 % des primo-RQTH orientées maintien dans l'emploi).

Au total, 352 personnes présentaient une déficience principale locomotrice (soit environ 64 % des premières reconnaissances en qualité de travailleur handicapé orientées maintien dans l'emploi) et ont ainsi été incluses dans l'étude selon les informations relatives à leur demande de RQTH en 2013 (Figure 1).

Dans la figure ci-après, le T0 correspond au moment de la demande de RQTH en 2013.

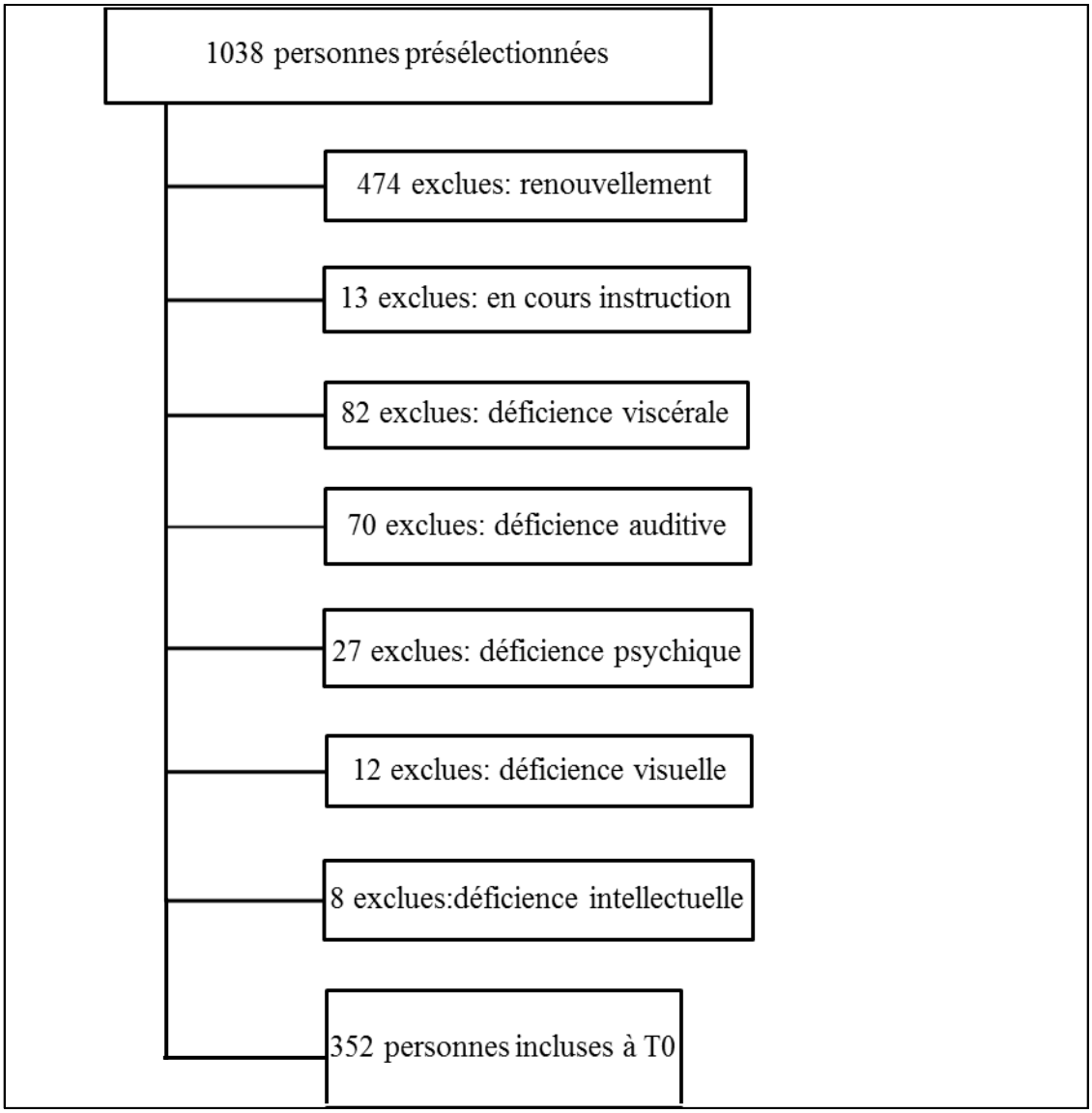

Figure 1. Diagramme de flux à T0

Ensuite, l'enquête réalisée à 4 ans de la reconnaissance de travailleur handicapé s'est déroulée du 30 octobre 2017 au 4 février 2018. Au moment de ce recueil de données :

- 4 personnes étaient décédées.
- 8 personnes ont été exclues car ne respectant pas les critères d'inclusion dans l'étude (5 personnes avaient en réalité fait une demande de renouvellement de RQTH, 1 personne présentait une déficience principale psychique, 2 personnes étaient en réalité sans emploi CDI au moment de la demande RQTH en 2013).
- 11 personnes ont refusé de participer à l'étude : 6 personnes car non intéressées par l'étude, 4 personnes évoquant un problème de santé invalidant, 1 personne ayant des difficultés linguistiques de compréhension.
- 57 personnes n'ont pu être contactées car leurs coordonnées étaient manquantes ou erronées.
- 59 personnes ont été injoignables après deux appels téléphoniques et deux messages laissés sur la boite vocale, ainsi qu'une relance par courrier électronique lorsque l'adresse électronique était renseignée.

Finalement, 213 personnes ont participé à l'enquête (209 réponses par téléphone et 4 réponses par courrier électronique) soit 60,5 % de réponses analysables (Figure 2).

Dans la figure ci-dessous, le T+4 ans correspond au moment de la réalisation de l'enquête, entre octobre 2017 et février 2018, soit 4 ans après la reconnaissance de travailleur handicapé.

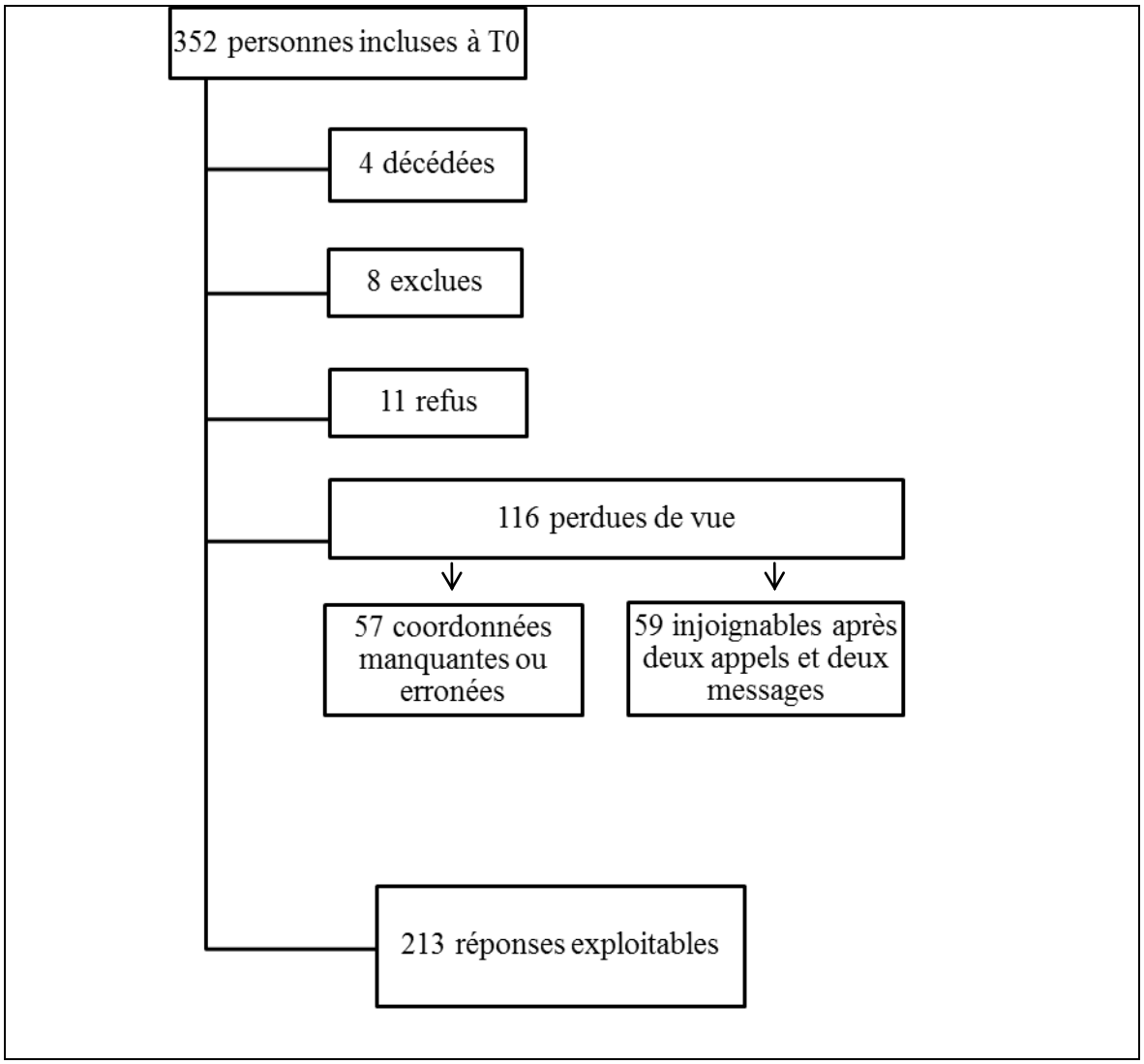

Figure 2. Diagramme de flux à T+4 ans

3.1.2 Caractéristiques démographiques générales de la population incluse (Tableau 1)

Selon les critères d'inclusion, 352 personnes ont été incluses dans l'étude à T0 lors de leur demande de RQTH en 2013.

L'âge moyen était de 46,77 ans, avec une distribution de 21 à 62 ans (écart type 8,87). Selon la répartition par groupe d'âge, environ 38 % de la population avait entre 40 et 49 ans et 62 % de la population environ entre 40 et 55 ans.

La population se répartissait en 189 hommes (53,69 %) et 163 femmes (46,31 %). Concernant le taux d'incapacité, il s'agissait d'un taux inférieur à 50 % pour 330 personnes soit 93,75 % des cas.

Tableau 1. Caractéristiques démographiques générales de la population incluse en 2013

Variables	**N=352** **n(%), moy+/-ET, [min;max]**				
Age (années)	46,77 ± 8,87 [21;62]				
Groupe âge	<25 ans	25-39 ans	40-49 ans	50-55 ans	>55 ans
	7 (1,99)	60 (17,05)	133 (37,78)	86 (24,43)	66 (18,75)
Sexe : masculin	189 (53,69)				
Taux d'incapacité	<50%		50% à 79%		> ou égal à 80%
	330 (93,75)		15 (4,26)		7 (1,99)

n : nombre ; moy : moyenne ; ET : écart-type ; min : minimum ; max : maximum

3.1.3 Démographie de la population observée

Les données relatives à la population observée concernent les 213 personnes ayant accepté de participer à l'enquête 4 ans après la RQTH. Les données sont issues des dossiers médicaux de la MDPH de la Vienne ainsi que des réponses apportées lors de l'enquête.

3.1.3.1 Caractéristiques démographiques générales (Tableau 2)

L'âge moyen était de 47,25 ans au moment de la demande de RQTH, avec une distribution de 21 à 62 ans (écart type 8,66). Environ 39 % de la population avait entre 40 et 49 ans et environ 64 % de la population entre 40 et 55 ans.

La part d'hommes représentait 50,70 % de la population, et celle des femmes 49,30 % de la population.

Il s'agissait d'un taux inférieur à 50 % pour 201 personnes soit 94,37 % des cas.

La population ayant répondu à l'enquête est comparable à la population cible concernant l'âge, le sexe et le taux d'incapacité. On remarque une répartition selon le sexe plus homogène dans la population observée.

Tableau 2. Caractéristiques démographiques générales en 2013 de la population observée

Variables	**N=213** **n(%), moy+/-ET, [min;max]**				
Age (années)	47,25 ± 8,66 [21;62]				
Groupe âge	<25 ans 4 (1,88)	25-39 ans 31 (14,55)	40-49 ans 83 (38,97)	50-55 ans 53 (24,88)	>55 ans 42 (19,72)
Sexe : masculin	108 (50,70)				
Taux d'incapacité	<50% 201 (94,37)		50% à 79% 10 (4,69)		> ou égal à 80% 2 (0,94)

n : nombre ; moy : moyenne ; ET : écart-type ; min : minimum ; max : maximum

3.1.3.2 Caractéristiques médicales (Figure 3 et Tableau 3)

a. Par pathologies

Les pathologies principales à l'origine du handicap locomoteur étaient très variées avec en tête les discopathies intervertébrales (50 personnes touchées soit 23,47 % de la population), les tendinites (42 personnes soit 19,72 %) et l'arthrose (18 personnes soit 8,45 %). Ces trois pathologies représentent à elles seules la moitié de notre effectif.

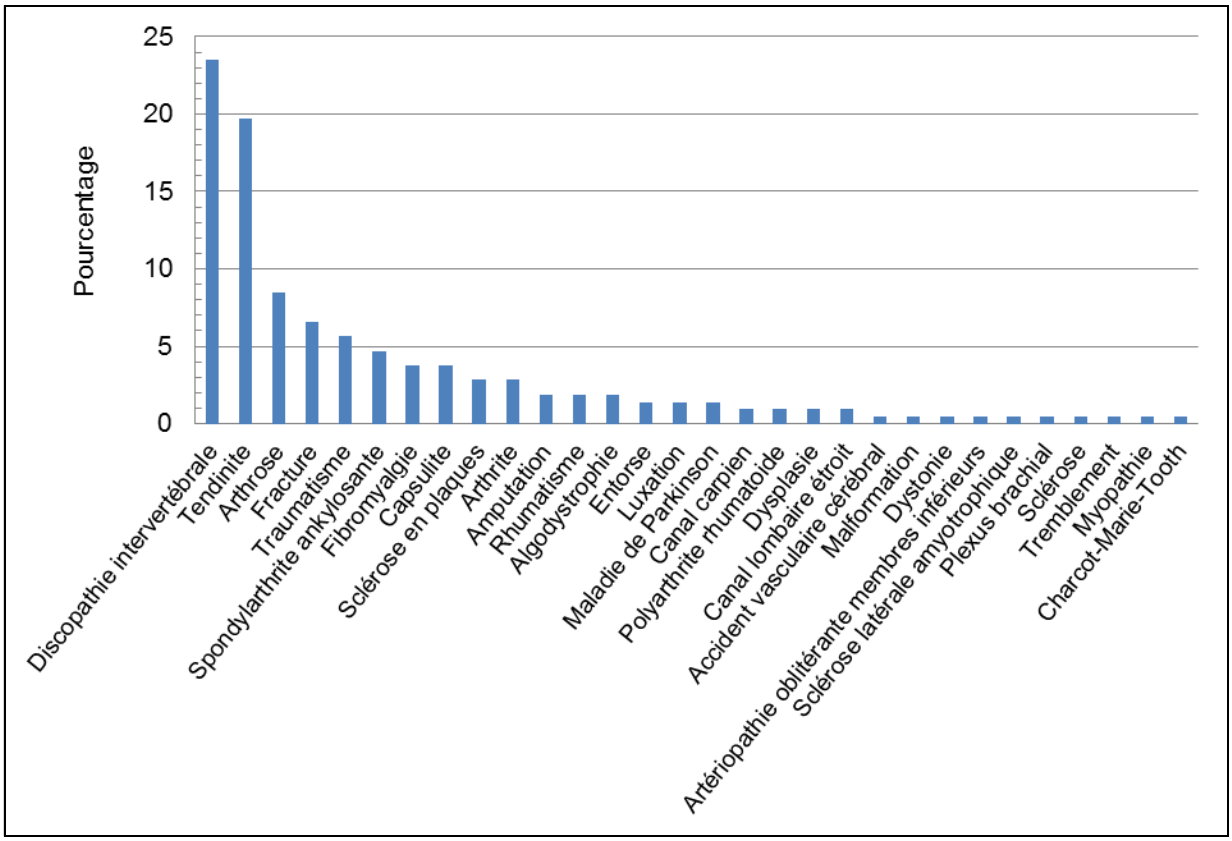

Figure 3. Les pathologies à l'origine de la demande de RQTH

b. Par déficiences

- Les pathologies ont été classées selon le type de déficience principale à l'origine de l'atteinte locomotrice.
  - Les déficiences mécaniques de membres (comprenant l'ensemble des atteintes ostéo-articulaires) sont prédominantes, touchant 120 personnes soit 56,34 % de la population. A noter que l'atteinte est multiple (plusieurs articulations touchées) dans 45,80 % des cas (soit près de la moitié des cas).
  - Viennent ensuite les déficiences du tronc avec 64 personnes concernées soit environ 30 % de la population.
  - Pour un peu plus de 10 % de la population, il s'agit de déficiences motrices ou paralytiques des membres. Dans ces cas-là, l'atteinte est le plus souvent d'origine périphérique (environ 56 % des cas).
  - Les déficiences par altération des membres et les déficiences viscérales à retentissement locomoteur sont nettement en retrait avec respectivement 2,34 % et 0,47 % de la population concernée (Tableau 3).

- Dans le cadre de la déficience principale, le retentissement locomoteur se porte, en premier lieu, sur les membres inférieurs (41,32 % de la population). Il concerne les membres supérieurs dans 33,80 % des cas. Pour 42 personnes (soit 19,72 % de la population), le retentissement locomoteur touche à la fois les membres supérieurs et inférieurs. Enfin, dans environ 5 % des cas, l'atteinte locomotrice est axiale pure.

c. Selon les autres données médicales

- En plus de la déficience locomotrice principale, viennent parfois s'ajouter d'autres atteintes :
  - Pour environ 15 % de la population, un deuxième type d'atteinte locomotrice se surajoute à l'atteinte principale. Il s'agit le plus souvent d'une double atteinte locomotrice mécanique et axiale (environ 70 % des cas).
  - Pour 58 personnes, soit environ 27 % de la population, une autre déficience est associée à la déficience principale locomotrice. Pour ces personnes-là, les atteintes associées sont majoritairement viscérales et psychiques (respectivement environ 53 % et 33 % des cas).

- Pour environ la moitié de la population, au moment de la demande de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, le handicap locomoteur évoluait depuis une période d'environ 6 mois à moins de 3 ans. Pour 10 % de la population, il était présent depuis plus de 10 ans.

- Pour plus de 86 % de la population, la demande de RQTH était réalisée dans un contexte d'arrêt maladie en cours ou à répétition. Seulement 13,62 % de la population ne signalait pas d'arrêt maladie connu dans les deux ans précédant la demande.

- L'origine du handicap est non professionnelle dans 62 % des cas, à l'occasion d'une maladie le plus souvent. Les maladies professionnelles sont à l'origine du handicap locomoteur dans environ 20 % des cas et les accidents du travail (accidents de travail et de trajet) dans environ 18 % des cas (Tableau 3).

Tableau 3. Caractéristiques médicales en 2013 de la population observée

Variables	**N=213** **n(%)**
<u>Déficience locomotrice principale</u>	
Tronc	64 (30,05)
Mécanique :	120 (56,34)
- unique	- 65 (54,20)
- multiple	- 55 (45,80)
Motrice :	23 (10,80)
- centrale	- 10 (43,48)
- périphérique	- 13 (56,52)
Altération	5 (2,34)
Viscérale à retentissement locomoteur	1 (0,47)
<u>Localisation principale</u>	
Membre(s) supérieur(s)	72 (33,80)
Membre(s) inférieur(s)	88 (41,32)
Membre(s) supérieur(s) et membre(s) inférieur(s)	42 (19,72)
Axiale pure	11 (5,16)
<u>Autre atteinte locomotrice associée</u>	
Non	179 (84,04)
Oui : atteinte principale + associée :	34 (15,96)
- tronc + mécanique	- 11 (32,35)
- mécanique + tronc	- 13 (38,24)
- tronc + motrice	- 1 (2,94)
- mécanique + viscérale à retentissement locomoteur	- 1 (2,94)
- motrice + mécanique	- 6 (17,65)
- altération + tronc	- 2 (5,88)

n : nombre ; % : pourcentage

Tableau 3. Caractéristiques médicales en 2013 de la population observée (suite)

Variables	N=213 n(%)
Autre déficience associée	
Non	155 (72,77)
Oui :	58 (27,23)
- psychique	- 19 (32,75)
- auditive	- 4 (6,90)
- langage	- 2 (3,45)
- visuelle	- 2 (3,45)
- viscérale	- 31 (53,45)
Ancienneté du handicap	
<6 mois	15 (7,04)
6 mois à <3 ans	99 (46,48)
3 à <5 ans	51 (23,94)
5 à 10 ans inclus	26 (12,21)
>10 ans	22 (10,33)
Arrêt maladie	
Non	29 (13,62)
Arrêt maladie en cours ou répété	184 (86,38)
Origine handicap	
Accident du travail	38 (17,84)
Dont : accident de trajet	6 (15,79)
Maladie professionnelle	43 (20,19)
Autres accidents	27 (12,68)
Autres maladies	105 (49,29)

n : nombre ; % : pourcentage

3.1.3.3 Caractéristiques professionnelles (Figure 4 et Tableau 4)

Nous rappelons que nous nous sommes intéressés aux personnes ayant bénéficié en 2013, par la MDPH de la Vienne, d'une première reconnaissance en qualité de travailleur handicapé ainsi que d'une orientation « maintien dans l'emploi » et « milieu ordinaire de travail ».

Il s'agissait donc de personnes en emploi à contrat de durée indéterminée au moment de la demande, en milieu ordinaire de travail.

- Les **métiers** exercés, lors de la demande de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé en 2013, étaient très hétérogènes au sein de notre population. En effet, nous en avons répertorié 67 différents (annexe 4).

Certains postes étaient, cependant, plus représentés, avec en tête le métier d'agent d'entretien polyvalent qui était exercé par près de 10 % de la population. Les postes d'ouvrier de production et d'aide-soignant étaient, quant à eux, exercés par 7 % de la population chacun. Enfin, avec un peu moins de 5 % de la population concernée chacun, on retrouve les postes d'employé administratif et d'employé de restauration.

- Les **secteurs d'activité** professionnelle (selon le code NAF : Nomenclature d'Activités Française) sont ainsi plus intéressants vu la grande diversité des postes de travail. Le secteur médico-social était largement prédominant avec 38 personnes concernées soit près de 18 % de la population. Avec près de 11 % de la population chacun, viennent ensuite les secteurs de l'industrie et de la construction. Puis avec près de 10 % de la population chacun, les secteurs du commerce et de l'automobile ainsi que des services administratifs et de soutien (Figure 4 ci-dessous).

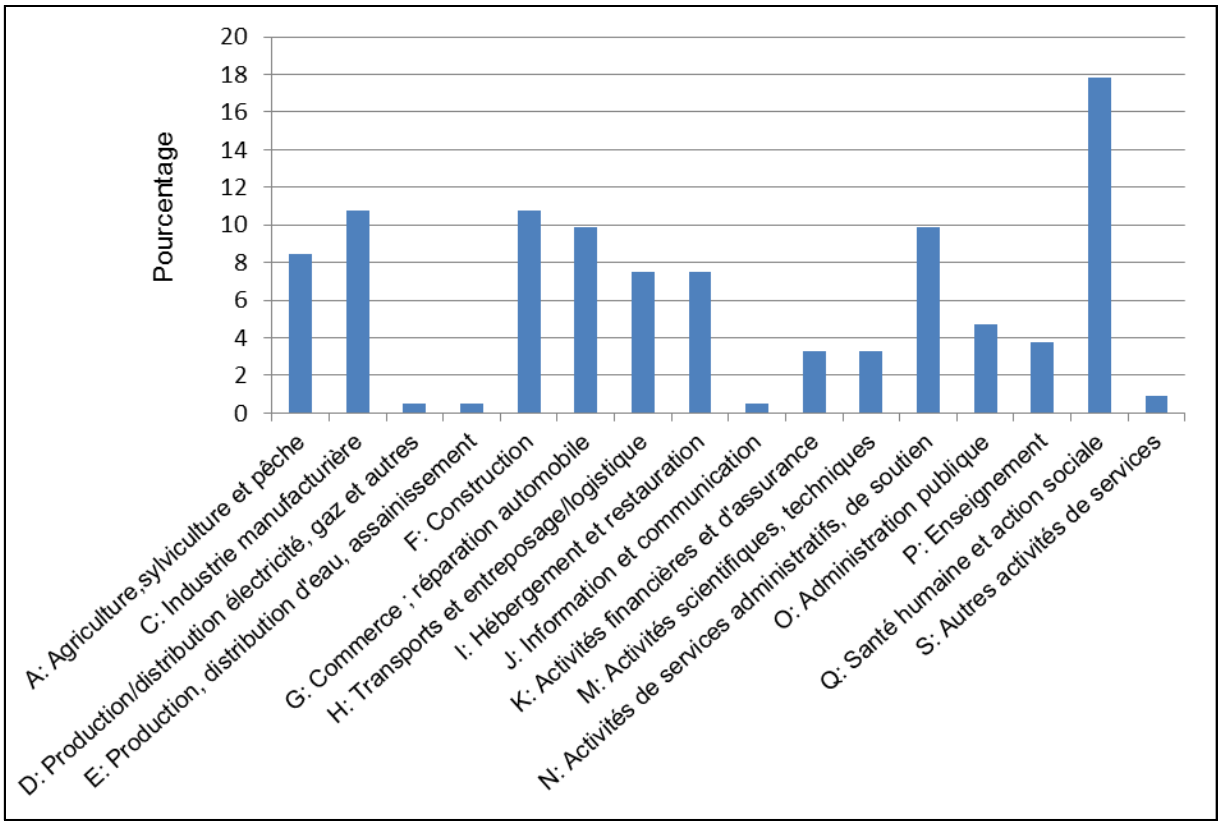

Figure 4. Les secteurs d'activité professionnelle lors de la demande de RQTH en 2013

- Concernant les **catégories socio-professionnelles**, les ouvriers et employés représentaient à eux deux plus de 75 % de la population. L'effectif appartenant à la catégorie des professions intermédiaires est d'environ 19 %.

- Concernant les **niveaux de formation**, près de la moitié de la population avait un niveau de formation de niveau V correspondant à un niveau scolaire de Seconde ou Première ou à l'obtention d'un CAP ou BEP.

L'autre moitié de la population se répartissait de manière assez équivalente entre les niveaux V bis et VI (abandon en cours de CAP, BEP ou niveau troisième et inférieur), le niveau IV (niveau baccalauréat ou abandon des études supérieures sans diplôme) et les niveaux I, II, III (diplôme de niveau supérieur bac+2 et plus).

- L'**établissement** était du secteur privé pour plus de 60 % de la population. La fonction publique représentait environ 35 % de l'effectif avec une prédominance de la fonction publique hospitalière (44,59 % des cas) et d'Etat (36,49 % des cas). Seulement 7 personnes (soit 3 % de la population) avaient un statut d'indépendants. A signaler que 2 personnes ne connaissaient pas leur statut (dans un contexte d'entreprise privée à capitaux publics).

- L'**ancienneté** dans l'entreprise, au moment de la demande de RQTH, était supérieure à 10 ans pour 139 personnes soit 65,26 % de la population. Une ancienneté comprise entre 6 et 10 ans concernait 43 personnes soit 20,19 % de la population. Pour 19 personnes (soit environ 9 % de la population), elle était de 3 à 6 ans. Seulement 12 personnes (correspondant à 5 % de la population) avaient une ancienneté dans l'entreprise de moins de 3 ans.

- La **notification « SAMETH »**, par la MDPH, lors de la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé en 2013, a été réalisée pour 80 personnes soit dans 37,56 % des cas.

- Enfin, les **ressources** au titre d'une pension d'invalidité ou d'une rente concernaient environ 28 % de la population. Pour ne citer que les deux principales, il s'agissait d'une pension d'invalidité de 2ème catégorie dans environ 30 % des cas et d'une rente pour accident du travail dans environ 27 % des cas.

Tableau 4. Caractéristiques professionnelles en 2013 de la population observée

Variables	**N=213** **n(%)**
Catégorie socio-professionnelle	
Agriculteurs et exploitants, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	6 (2,82)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	5 (2,35)
Professions intermédiaires	40 (18,78)
Employés	84 (39,44)
Ouvriers	78 (36,62)
Niveau de formation	
Niveaux VI et V bis	37 (17,37)
Niveau V	102 (47,89)
Niveau IV	41 (19,25)
Niveaux I, II, III	33 (15,49)
Etablissement	
Etablissement privé	130 (61,03)
Fonction publique :	74 (34,74)
- d'Etat	- 27 (36,49)
- territoriale	- 11 (14,86)
- hospitalière	- 33 (44,59)
- ne sait pas	- 3 (4,05)
Indépendants	7 (3,29)
Inconnu	2 (0,94)
Ancienneté	
<1an	4 (1,88)
1 à <3ans	8 (3,76)
3 à <6ans	19 (8,92)
6 à 10 ans inclus	43 (20,19)
>10 ans	139 (65,26)
Notification SAMETH par la MDPH	
Oui	80 (37,56%)
Non	133 (62,44)
Ressources au titre pension d'invalidité ou rente	
Non	154 (72,30)
Oui :	59 (27,70)
- PI n°1	- 10 (16,95)
- PI n°2	- 18 (30,51)
- PI n°3	- 1 (1,69)
- Rente AT	- 14 (23,73)
- Rente MP	- 16 (27,12)

n : nombre ; % : pourcentage

3.2 ANALYSES DESCRIPTIVES

3.2.1 Maintien dans l'emploi

3.2.1.1 Critère de jugement principal : taux de maintien dans l'emploi

a. Taux global de maintien dans l'emploi (Tableau 5)

Le taux de maintien dans l'emploi (au sens de la définition prédéfinie[1]) a été déterminé au moment de l'enquête réalisée 4 ans après la primo-reconnaissance en qualité de travailleur handicapé. Au total, 138 personnes sur 213 (soit un taux de maintien dans l'emploi d'environ 65 %) avaient alors été maintenues dans l'emploi.

Pour rappel, ont été incluses, les personnes retraitées au moment de l'enquête, mais ayant été maintenues dans l'emploi jusqu'à l'âge de la retraite. Elles concernaient environ 20 % de l'effectif maintenu dans l'emploi.

Tableau 5. Taux de maintien dans l'emploi à 4 ans de la RQTH

Variables	**N=213** **n(%)**
Maintien dans l'emploi	138 (64,79)
- Dont : retraitées	- 29 (21,01)

n : nombre de personnes maintenues dans emploi ; % : pourcentage

b. Taux de maintien dans l'emploi selon les caractéristiques de la population observée (Figures 5, 6 et 7)

Nous avons cherché à étudier les variations du taux de maintien dans l'emploi dans notre population observée selon les caractéristiques générales, médicales et professionnelles des 213 personnes interrogées mais aussi selon le contexte de la demande de RQTH.

[1] Maintien dans l'emploi désigné comme soit maintien dans l'entreprise (au même poste de travail ou sur un poste de reclassement interne), soit nouvel emploi dans une autre entreprise (reclassement externe) sans période de chômage ou avec un relais immédiat de moins de 3 mois.

➢ Taux de maintien dans l'emploi selon les pathologies

Sur la figure ci-après (Figure 5) a été représenté le taux de maintien dans l'emploi selon les 20 pathologies les plus représentées au sein de notre population.

Pour rappel, trois pathologies concernent à elles seules la moitié de la population : les discopathies intervertébrales, les tendinites et l'arthrose. Le taux de maintien dans l'emploi est de 70 % pour les personnes atteintes de discopathies ; 52,38 % pour celles touchées par les tendinites et 55,55 % pour les personnes souffrant d'arthrose.

En dehors de ces trois pathologies, les effectifs sont faibles (Figure 5). N'ont pas été indiquées sur la figure, les pathologies intéressant une seule personne. A noter que dans ces cas-là (accident vasculaire cérébral, malformation, dystonie, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, sclérose latérale amyotrophique, plexus brachial, sclérose, tremblement, myopathie et Charcot-Marie-Tooth), la personne concernée a été maintenue dans l'emploi 4 ans après la RQTH (soit un taux de 100%).

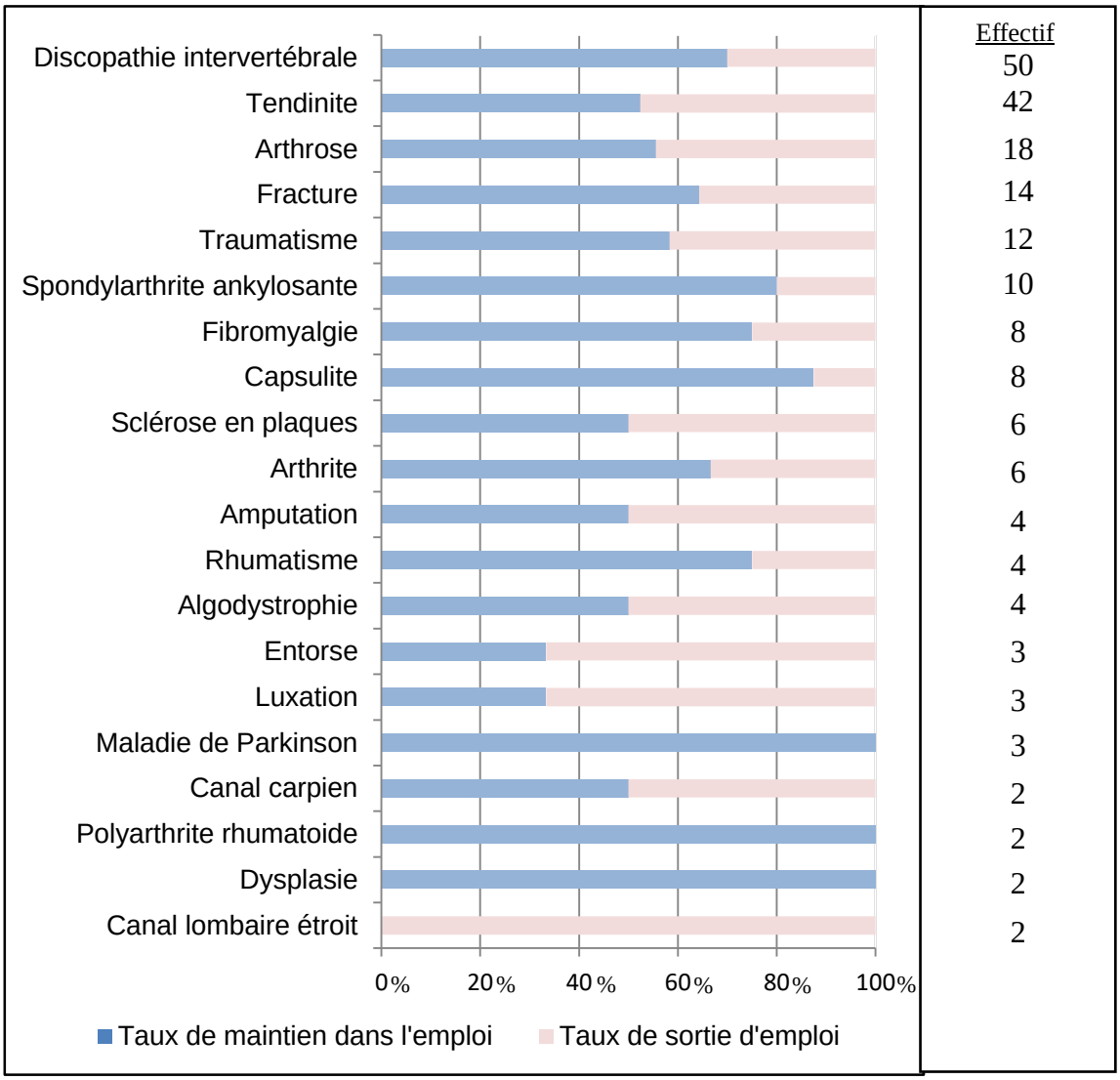

Figure 5. Taux de maintien dans l'emploi selon les pathologies

- Taux de maintien dans l'emploi selon les caractéristiques générales et médicales

- Selon le **sexe**, le taux de maintien dans l'emploi diffère peu. Sur 105 femmes, 75 étaient maintenues dans l'emploi soit un taux de 66,67 %. Chez les hommes, 68 sur 108 étaient maintenus dans l'emploi soit un taux d'environ 62,96 %.

- Selon l'**âge** au moment de la RQTH, nous pouvons remarquer que le taux de maintien dans l'emploi augmente progressivement avec l'avancée en âge. Il est de 49,19 % avant 40 ans, 62,65 % entre 40 et 50 ans, 64,15 % entre 50 et 55 ans et 83,33 % au-delà de 55 ans.

- Concernant le **type d'atteinte locomotrice**, le taux de maintien dans l'emploi est similaire (environ 69 %) entre les personnes avec une atteinte axiale ou motrice. Il est de 61,67 % pour les atteintes mécaniques et 60 % pour les altérations de membre(s). La seule personne présentant une déficience viscérale à retentissement locomoteur a été maintenue dans l'emploi. Le taux de maintien dans l'emploi varie peu selon l'existence ou non d'une atteinte locomotrice associée (67,65 % et 64,25 % respectivement). De même, en absence de déficience associée, le taux de maintien dans l'emploi est de 64,52 % et il est de 65,52 % quand une autre déficience est associée.

- Concernant la **localisation**, lorsque le retentissement locomoteur se situe au niveau des membres inférieurs, le taux de maintien dans l'emploi est d'environ 58 %. Il est d'environ 64 % lorsque l'atteinte est localisée au(x) membre(s) supérieur(s). Etonnamment, (alors que l'effectif est tout de même de 42 personnes), il est plus élevé, à 76,19 %, lorsque l'atteinte se situe à la fois au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Enfin, sur les 11 personnes souffrant d'une atteinte axiale pure, 9 ont été maintenues dans l'emploi (soit un taux d'environ 82 %).

- Selon l'**origine** du handicap locomoteur, le taux de maintien dans l'emploi varie peu. Il est de 67,62 % pour les maladies, 67,44 % pour les maladies professionnelles et 62,96 % pour les accidents hors accidents du travail. Les accidents du travail ont par contre un moindre taux de maintien dans l'emploi (55,26 %).

A propos du contexte de la demande de RQTH, ont été recueillies les données suivantes : la personne à l'initiative de la demande de RQTH, l'existence d'un arrêt maladie précédant la demande et l'ancienneté du handicap au moment de la demande.

- Concernant la **personne à l'initiative de la RQTH**, quand la personne elle-même (environ 8 % des cas) ou son médecin traitant (18 % des cas) est à l'initiative de la demande de RQTH, le taux de maintien dans l'emploi est d'environ 70-75 %. Quand il s'agit du médecin du travail (dans 43 % des cas) ou d'un autre médecin spécialiste (environ 7 % des cas) ou d'un service social (pour 3 % de la population), le taux est aux alentours de 60 %. Les autres médecins spécialistes cités sont en premier lieu les médecins rééducateurs, puis les chirurgiens et les médecins de centre antidouleur et le neurologue pour une personne de la population. Quand la demande est à l'initiative du médecin conseil (environ 10 % des cas), le taux de maintien dans l'emploi retrouvé est de 30 %. Pour seulement une personne, la demande de RQTH a été conseillée par les organismes pour l'emploi.

D’autres personnes ont été mentionnées comme étant à l’origine de la demande de RQTH (8 % des cas), avec en tête l’employeur, puis les membres de l’équipe de santé au travail, les associations de patients, les collègues de travail, le service de prévention des risques et enfin les amis ou un personnel paramédical libéral (taux de maintien dans l’emploi dans ces situations autres d’environ 89 %).

- Concernant les **arrêts maladies**, quand les personnes n’avaient pas notion d’arrêt maladie dans les deux ans précédant la demande de RQTH, le taux de maintien dans l’emploi est de 78,05 %. Quand la demande de RQTH était réalisée dans un contexte d’arrêt maladie en cours ou répété, le taux de maintien dans l’emploi est alors abaissé à 61,63 %.

De plus, les taux de maintien dans l’emploi ont été définis selon la durée estimée de cet arrêt maladie initial. Pour un arrêt maladie de moins de 6 mois, le taux de maintien dans l’emploi est de 63,64 %. Pour un arrêt de 6 mois à 1 an, il est de 71,11 %. Pour un arrêt de 1 à 2 ans, de 73,68 %. Pour un arrêt de 2 à 3 ans, de 50 % et pour un arrêt maladie supérieur à 3 ans, il est de 35 %.

- Concernant l’**ancienneté du handicap** au moment de la demande de RQTH, quand celui-ci était présent depuis moins de 6 mois, le taux de maintien dans l’emploi est de 46,67 %. Quand il évoluait depuis 6 mois à 3 ans, le taux de maintien dans l’emploi est de 64,65 %. Quand la durée était de 3 à 5 ans, le taux est de 54,90 %. Nous pouvons remarquer un taux de maintien dans l’emploi plus important quand le handicap est ancien (84,62 % pour un handicap de 5 à 10 ans inclus et 77,27 % pour un handicap de plus de 10 ans).

Les taux de maintien dans l’emploi selon les caractéristiques générales et médicales de la population sont résumés dans la figure 6 ci-après.

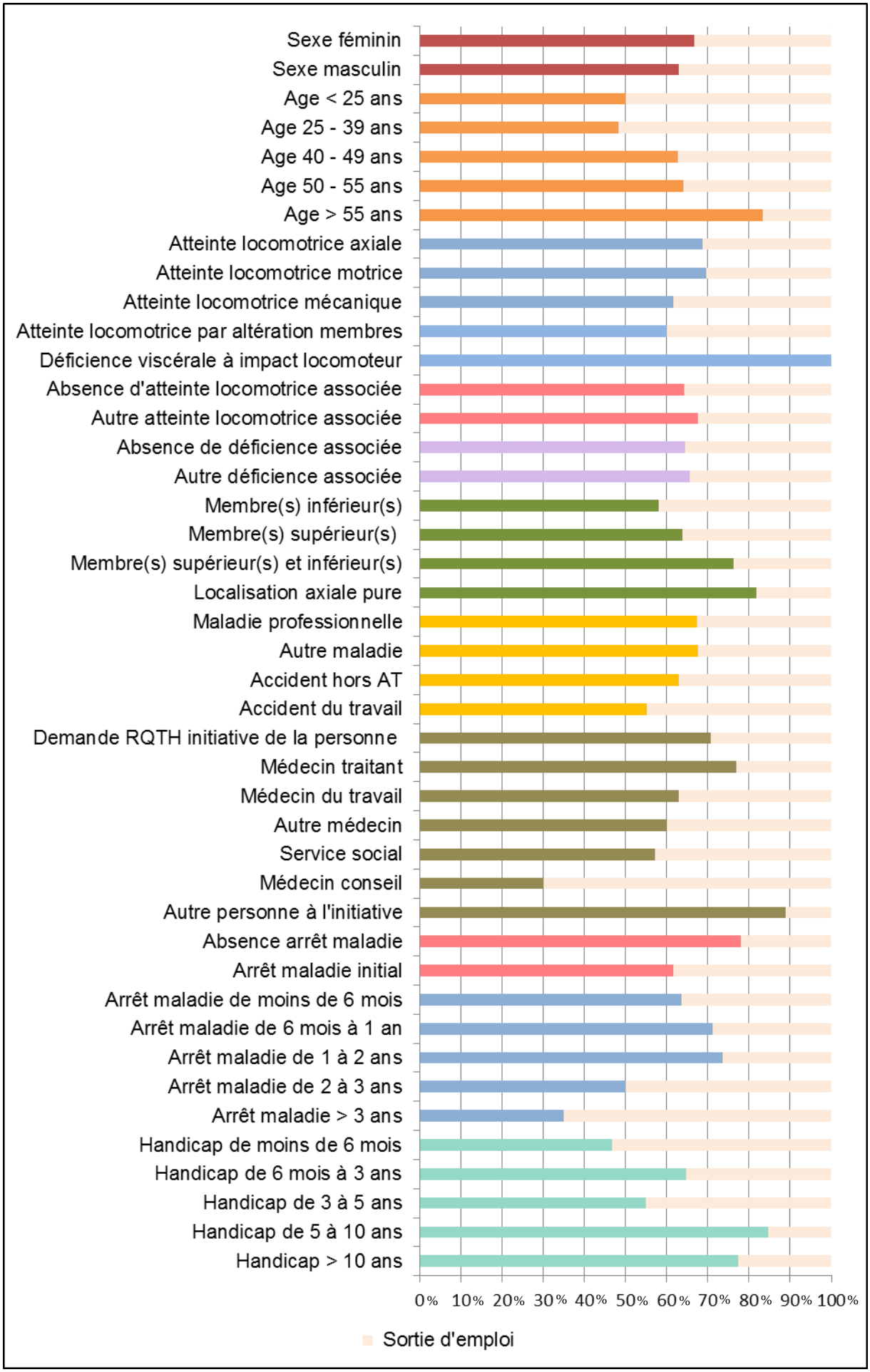

Figure 6. Taux de maintien dans l'emploi selon les caractéristiques générales et médicales

➢ Taux de maintien dans l'emploi selon les caractéristiques professionnelles

- Concernant l'**ancienneté dans l'entreprise,** le taux de maintien dans l'emploi est d'environ 77 % pour les personnes ayant une ancienneté dans l'entreprise supérieure à 10 ans au moment de la demande de RQTH. Il est de 44,19 % pour une ancienneté de 6 à 10 ans et 57,89 % entre 3 et 6 ans. Bien que les effectifs soient faibles en deçà, la tendance est à la baisse avec une ancienneté plus courte (taux de maintien dans l'emploi de 12,50 % pour une ancienneté de 1 à 3 ans et 0 % pour une ancienneté de moins de 1an).

- Selon le **niveau de formation**, on remarque un taux de maintien dans l'emploi plus élevé pour les extrêmes : 70,27 % pour les niveaux VI et V bis et 84,85 % pour les niveaux I, II, III. En revanche, les niveaux IV et V affichent chacun un taux de maintien dans l'emploi de 58 % environ.

- Concernant la **catégorie socio-professionnelle**, les ouvriers ont un taux de maintien dans l'emploi de 52,56 %, les employés 69,05 % et les professions intermédiaires 72,50 %. A noter que les 5 personnes appartenant à la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures ont toutes été maintenues dans l'emploi.

- Concernant les **secteurs d'activité**, nous nous sommes intéressés aux 5 secteurs majoritairement représentés au sein de notre population. Le secteur médico-social affiche un taux de maintien dans l'emploi de 65,79 %, le secteur de l'industrie de 56,52 %, celui de la construction de 52,17 %, le secteur du commerce et de l'automobile de 52,38 % et celui des services administratifs et de soutien de 85,71 %.

- Concernant l'**établissement**, nous remarquons que la fonction publique présente un taux de maintien dans l'emploi de 93,24 % avec 69 personnes maintenues dans l'emploi sur 74. Dans le secteur privé, moins de la moitié de la population a été maintenue dans l'emploi avec un taux de 47,69 %. Bien que les effectifs soient faibles (7 personnes), les indépendants ont un taux de maintien dans l'emploi de 71,43 %.

- La **notification « SAMETH »**, par la MDPH, au moment de l'accord de RQTH, a été réalisée pour 80 personnes de notre population observée. Dans ces cas-là, le taux de maintien dans l'emploi est de 67,5 % alors qu'il est de 63,16 % en absence de notification.

Mais la population ayant bénéficié, selon ses dires lors de l'enquête, d'un **accompagnement réel par le SAMETH** n'est que de 42 personnes. On observe, dans ce cas, un taux de maintien dans l'emploi de 83,34 % alors qu'il est abaissé à 60,23 % en absence d'accompagnement déclaré. C'est pourquoi nous différencierons par la suite ces deux populations (« notification SAMETH » et « accompagnement SAMETH »).

- Les personnes ne bénéficiant pas d'une **pension d'invalidité ou d'une rente** ont un taux de maintien dans l'emploi de 71,43 %. Le taux est abaissé à 47,46 % pour les personnes en bénéficiant.

Les taux de maintien dans l'emploi selon les caractéristiques professionnelles de la population sont résumés dans la figure 7 ci-après.

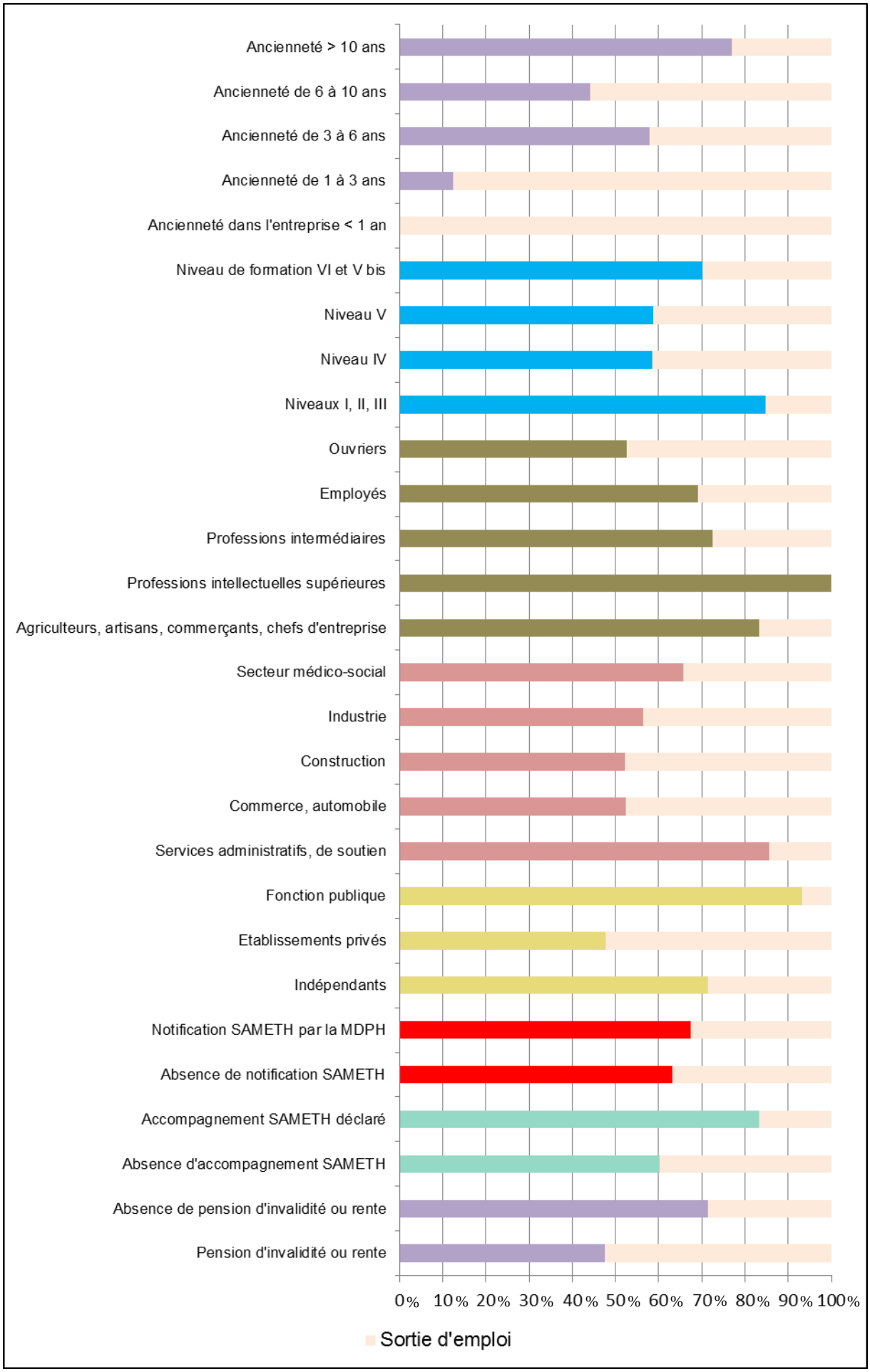

Figure 7. Taux de maintien dans l'emploi selon les caractéristiques professionnelles

3.2.1.2 Caractéristiques générales de la population maintenue dans l'emploi (Tableau 6)

- **Age** : lors de l'enquête réalisée 4 ans après la reconnaissance administrative du handicap, l'âge moyen dans la population ayant été maintenue dans l'emploi était de 52,78 ans, avec une distribution allant de 27 à 66 ans. Près de 70 % de la population avait plus de 50 ans.

- **Sexe** : la population était composée de quasiment autant d'hommes que de femmes : 68 hommes (49,28 %) et 70 femmes (50,72 %).

- **Taux d'incapacité** : plus de 95 % de la population avait un taux d'incapacité inférieur à 50 %. Le taux de 50 à 79 % concernait 5 personnes et le taux supérieur ou égal à 80 % une seule personne.

- **Atteinte locomotrice principale** : sur les 138 personnes maintenues dans l'emploi, un peu plus de la moitié (53,62 %) avait une atteinte mécanique, qui était multiple dans un cas sur deux. L'atteinte axiale touchait 44 personnes soit 31,89 % de la population et l'atteinte motrice 16 personnes soit 11,59 % de la population.

- **Localisation principale** : la localisation de l'atteinte était majoritairement au niveau des membres inférieurs (36,96 %) puis des membres supérieurs (33,33 %), à la fois membres supérieurs et membres inférieurs pour 23,19 % de la population et axiale pure pour 6,52 % de la population.

- **Origine du handicap** : l'origine du handicap était principalement les maladies hors maladies professionnelles (71 personnes soit 51,45 % des cas).

- **Ressources** : environ 80 % de la population maintenue dans l'emploi ne bénéficiait pas de ressources de type pension d'invalidité ou rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle.

- **Activité** : au moment de l'enquête, sur les 138 personnes ayant été maintenues dans l'emploi, 109 étaient toujours en activité (78,99 % de la population) et 29 étaient retraitées (21,01 % des cas).

- **Information de l'employeur** : pour les personnes en activité, l'employeur était informé du statut de travailleur handicapé dans 91,74 % des cas. Seules 7 personnes n'avaient pas communiqué ce statut à l'employeur. A noter que deux personnes (exploitants agricoles) étaient leur propre employeur.

Tableau 6. Caractéristiques générales de la population maintenue dans l'emploi

Variables	**N=138** **n(%), moy+/-ET, [min;max]**			
Age (années)	52,78 ± 7,76 [27;66]			
Groupe âge	25-39 ans 10 (7,25)	40-49 ans 32(23,19)	50-55 ans 43 (31,16)	>55 ans 53 (38,40)
Sexe : masculin	68 (49,28)			
Taux d'incapacité	<50% 132 (95,66)	50% à 79% 5 (3,62)	> ou égal à 80% 1 (0,72)	
Atteinte locomotrice principale Tronc Mécanique : - unique - multiple Motrice : - centrale - périphérique Altération Viscérale à retentissement locomoteur	 44 (31,89) 74 (53,62) - 37 (50,00) - 37 (50,00) 16 (11,59) - 7 (43,75) - 9 (56,25) 3 (2,18) 1 (0,72)			
Localisation principale Membre(s) supérieur(s) Membre(s) inférieur(s) Membre(s) supérieur(s) et membre(s) inférieur(s) Axiale pure	 46 (33,33) 51 (36,96) 32 (23,19) 9 (6,52)			
Origine handicap Accident du travail Dont : accident de trajet Maladie professionnelle Autres accidents Autres maladies	 21 (15,22) 2 (9,52) 29 (21,01) 17 (12,32) 71 (51,45)			
Ressources au titre pension d'invalidité ou rente Non Oui : - PI n°1 - PI n°2 - Rente AT - Rente MP	 110 (79,71) 28 (20,29) - 7 (25,00) - 2 (7,14) - 7 (25,00) - 12 (42,86)			

n : nombre ; moy : moyenne ; ET : écart-type ; min : minimum ; max : maximum

Tableau 6. Caractéristiques générales de la population maintenue dans l'emploi (suite)

Variables	**N=138** **n(%), moy+/-ET, [min;max]**
Situation professionnelle actuelle	
Retraités	29 (21,01)
Actifs :	109 (78,99)
=> employeur informé statut RQTH :	
- Oui	- 100 (91,74)
- Non	- 7 (6,42)
- Sans Objet	- 2 (1,84)

n : nombre ; moy : moyenne ; ET : écart-type ; min : minimum ; max : maximum

3.2.1.3 Conditions du maintien dans l'emploi : modalités factuelles (Tableaux 7 et 8, Figures 8 et 9)

Au sujet des personnes maintenues dans l'emploi, nous nous sommes attachés à recueillir les dispositions mises en place (en termes d'aménagement, reclassement et accompagnement), les changements professionnels en découlant, mais aussi, pour les personnes en activité, le temps de travail et les absences pour raisons de santé.

a. Dispositions mises en place pour le maintien dans l'emploi

⇨ Sur les 138 personnes maintenues dans l'emploi, 104 (soit 75,36 % des cas) l'ont été au **même poste de travail.** Sur les 104 personnes, 51 travaillaient dans le secteur privé (49,05 %), 48 dans le public (46,15 %) et 5 avaient le statut d'indépendants (4,80 %).

- Certains postes de travail ont permis, par exemple, à tous les salariés concernés d'être, d'une part, maintenus dans l'emploi 4 ans après, mais, en plus, sur leur poste de travail initial (annexe 4). Il s'agissait (pour les effectifs supérieurs à une personne) des postes d'employé administratif (10 personnes maintenues à leur poste), exploitant agricole (6 personnes), agent d'exploitation des routes (4 personnes), agent de service hospitalier (5 personnes), ingénieur, mécanicien industriel et technicien qualité (2 personnes chacun).

- Les secteurs d'activité s'accompagnant le plus souvent du maintien du salarié à son poste de travail sont : agriculture, sylviculture et pêche (sur les 13 personnes maintenues dans l'emploi, 12 l'étaient à leur poste de travail), activités financières et d'assurance (les 6 personnes maintenues dans l'emploi étaient maintenues à leur poste de travail), activités spécialisées, scientifiques et techniques (de même, les 6 personnes maintenues dans l'emploi étaient maintenues à leur poste de travail), administration publique (sur les 9 personnes maintenues dans l'emploi, 7 l'étaient à leur poste de travail) et santé humaine et action sociale (sur les 25 personnes maintenues dans l'emploi, 21 l'étaient à leur poste de travail).

- Les catégories socio-professionnelles ayant majoritairement permis le maintien au poste de travail initial sont les professions intermédiaires (sur les 29 personnes maintenues dans l'emploi, 24 l'étaient à leur poste de travail), les cadres et professions intellectuelles supérieures (sur les 5 personnes maintenues dans l'emploi, 4 l'étaient à leur poste de travail) et les agriculteurs/artisans/chefs d'entreprise (les 5 personnes maintenues dans l'emploi étaient maintenues à leur poste de travail).

- Parmi les personnes maintenues à leur poste de travail, 18 personnes (soit 17,31 %) n'ont connu **aucune modification dans l'exercice de leur activité professionnelle** alors que 10 d'entre elles en exprimaient le besoin. Les situations d'absence d'aménagement du poste de travail concernaient les établissements privés dans 77,77 % des cas.

- Ainsi, sur les 104 personnes maintenues à leur poste de travail, 86 personnes ont bénéficié d'un **aménagement** (soit 82,69 % des cas). Il s'agissait, dans la plupart des cas (51 personnes sur 86), d'aménagements multiples.

- Aménagement des tâches : 70 personnes soit 67,31 % de la population avec aménagement.
- Aides techniques ou matérielles : 44 personnes soit 42,31 % de la population.
- Temps de travail : 18 personnes soit 17,31 %.
- Horaires de travail : 11 personnes soit 10,58 %.
- Lieu de travail : 7 personnes soit 6,73 % de la population ayant bénéficié d'aménagement.
- Retraite anticipée : 5 personnes soit 4,81 %.
- Aménagement toujours en cours pour 1 personne.

⇨ Le **reclassement interne** désigne le maintien dans l'emploi au sein de la même entreprise mais sur un poste de travail différent. C'était le cas pour 31 personnes, soit 22,47 % des personnes maintenues dans l'emploi. Elles travaillaient principalement dans le domaine public (67,74 % des cas).

Les postes de travail initiaux les plus concernés par le reclassement interne ont été les agents d'entretien polyvalents (8 personnes), les employés de restauration et les ouvriers de production (3 personnes chacun).

Par contre, les postes de reclassement majoritairement retrouvés sont les postes d'employés administratifs (10 cas), de surveillants/aides éducateurs (3 personnes), de responsables de service/chefs d'équipe (3 personnes), de magasiniers/préparateurs de commandes (3 personnes) et d'agents d'entretien polyvalents et d'employés de tri/emballage pour 2 personnes chacun (annexe 4).

Dans 70,97 % des cas, le changement de poste a été accompagné d'une formation.

Dans la majorité des cas (90,32 %), le changement de poste s'est effectué dans le cadre d'un reclassement médical. Seulement 3 personnes avaient changé de poste de travail par le biais d'une formation personnelle (évolution professionnelle).

⇨ Le **reclassement externe** correspond au cas où la personne retrouve un emploi dans une autre entreprise sans période de chômage ou avec un relais immédiat de moins de 3 mois. Cela a concerné trois personnes dans notre effectif.

A signaler que dans les 3 situations, les personnes travaillaient initialement dans le secteur privé et retrouvaient un emploi également dans un établissement privé. De plus, dans 2 cas sur 3, il n'y a pas eu de changement de secteur d'activité ni de métier (postes de carrossier et mécanicien automobile exercés à nouveau dans une autre entreprise).

- **Au total**, sur l'ensemble de notre population maintenue dans l'emploi :

  - 13,04 % de la population a été maintenue à son poste sans aucune modification,

  - 62,32 % de la population a bénéficié d'aménagement(s) du poste,

  - 22,47 % de la population a bénéficié d'un reclassement interne,

  - et 2,17 % de la population a bénéficié d'un reclassement externe.

⇨ Enfin, nous avons également souhaité savoir si les personnes avaient bénéficié d'un **accompagnement** spécifique pour le maintien dans l'emploi dans le cadre du handicap.

Sur les 104 personnes maintenues dans l'emploi, 54 avaient fait l'objet d'une « notification SAMETH » par la MDPH au moment de la reconnaissance de travailleur handicapé en 2013.

Au moment de l'enquête 4 ans après, à la question de l'accompagnement reçu dans le cadre du maintien dans l'emploi, il est à souligner que 36 personnes (soit environ 26 % des personnes maintenues dans l'emploi) répondaient ne pas savoir.

Un nombre similaire, 39 personnes (soit 28 % de la population), se souvenaient, par contre, avoir reçu l'aide d'un ou plusieurs organismes : le SAMETH était cité par 35 personnes, l'AGEFIPH et le FIPHFP par 4 personnes chacun et une association par 1 personne.

Ainsi, sur les 54 personnes maintenues dans l'emploi ayant reçu une notification « SAMETH » par la MDPH, 35 ont déclaré lors de l'enquête se souvenir avoir été réellement accompagnées par cet organisme.

Tableau 7. Dispositions mises en place pour le maintien dans l'emploi

Variables	**N=138** **n(%)**
Même poste de travail	104 (75,36)
- Sans aménagement :	- 18 (17,31)
Dont privé :	14 (77,77)
besoin non ressenti	8 (44,44)
besoin ressenti	10 (55,56)
- Aménagement(s) du poste (plusieurs réponses possibles) :	- 86 (82,69)
Tâches	70 (67,31)
Temps de travail	18 (17,31)
Aide technique/matérielle	44 (42,31)
Lieu de travail	7 (6,73)
Retraite anticipée	5 (4,81)
Horaires de travail	11 (10,58)
En cours	1 (0,96)
Reclassement interne	31 (22,47)
Dont formation réalisée	22 (70,97)
Dont fonction publique	21 (67,74)
Reclassement médical	28 (90,32)
Formation/évolution	3 (9,68)
Reclassement externe	3 (2,17)
Notification SAMETH par la MDPH	
Oui	54 (39,13)
Non	84 (60,87)
Accompagnement par organisme(s)	
Oui :	39 (28,26)
Dont : (plusieurs réponses possibles)	
SAMETH	35 (89,74)
AGEFIPH	4 (10,26)
FIPHFP	4 (10,26)
Association	1 (2,56)
Non :	63 (45,65)
Ne sait pas :	36 (26,09)

n : nombre ; % : pourcentage

b. Nouvelles caractéristiques professionnelles (Figure 8)

Contrairement aux caractéristiques de la population initiale, on observe, au sein de la population ayant été maintenue dans l'emploi, une répartition différente des établissements, des secteurs d'activité et des catégories socio-professionnelles.

Cela s'explique à la fois par un taux de maintien dans l'emploi différent selon l'établissement, les catégories socio-professionnelles et les secteurs d'activité (Figure 7) et par les situations de maintien dans l'emploi nécessitant un changement de poste de travail par reclassement interne ou externe (Tableau 7).

- Le maintien dans l'emploi s'est accompagné, pour 16 personnes, d'un changement de catégorie socio-professionnelle. Dans 13 cas (soit 81,25 % des cas), il s'agissait d'une augmentation vers une catégorie supérieure. Dans 3 cas (soit 18,75 % cas), on assistait à l'inverse à une rétrogradation de catégorie socio-professionnelle.

L'observation de la répartition des catégories socio-professionnelles dans la population maintenue dans l'emploi, met en évidence une augmentation des cadres et professions intellectuelles supérieures (5,07 % de la population versus 2,35 % dans la population initiale), des professions intermédiaires (23,91 % de la population versus 18,78 %), des employés dans une moindre mesure (42,02 % versus 39,44 %) et une baisse des ouvriers (25,36 % versus 36,62 %).

- Concernant les secteurs d'activité, une situation de reclassement externe a engendré le changement de domaine d'activité (il s'agissait d'un mouvement du secteur de la construction vers celui du commerce et de l'automobile).

La répartition des secteurs d'activité au sein de notre population maintenue dans l'emploi montre en premier lieu, par rapport à la population initiale, une baisse des secteurs de l'hébergement et de la restauration (4,35 % versus 7,51 % dans la population initiale) et de la construction (7,97 % versus 10,80 % dans la population initiale) et de manière moins importante de l'industrie (9,42 % versus 10,8 % initialement), du commerce et de l'automobile (8,70 % versus 9,86 % initialement) et du transport et de la logistique (6,52 % versus 7,51 % dans la population initiale).

Les secteurs voyant leur proportion augmenter dans la population maintenue dans l'emploi sont les services administratifs et de soutien (13,04 % versus 9,86 % dans la population initiale), l'enseignement (5,07 % versus 3,76 % initialement), l'administration publique (6,52 % versus 4,69 % dans la population initiale) et dans une moindre mesure le secteur médico-social qui reste le secteur majoritaire (18,12 % versus 17, 84 %).

- La population maintenue dans l'emploi exerce dans le secteur privé dans 44,93 % des cas (versus 61,03 % dans la population initiale), dans la fonction publique dans 50,00 % des cas (versus 34,74 % dans la population initiale), comme indépendants dans 3,64 % des cas (versus 3,29 % dans la population initiale). Le type d'établissement n'est pas connu pour 2 personnes.

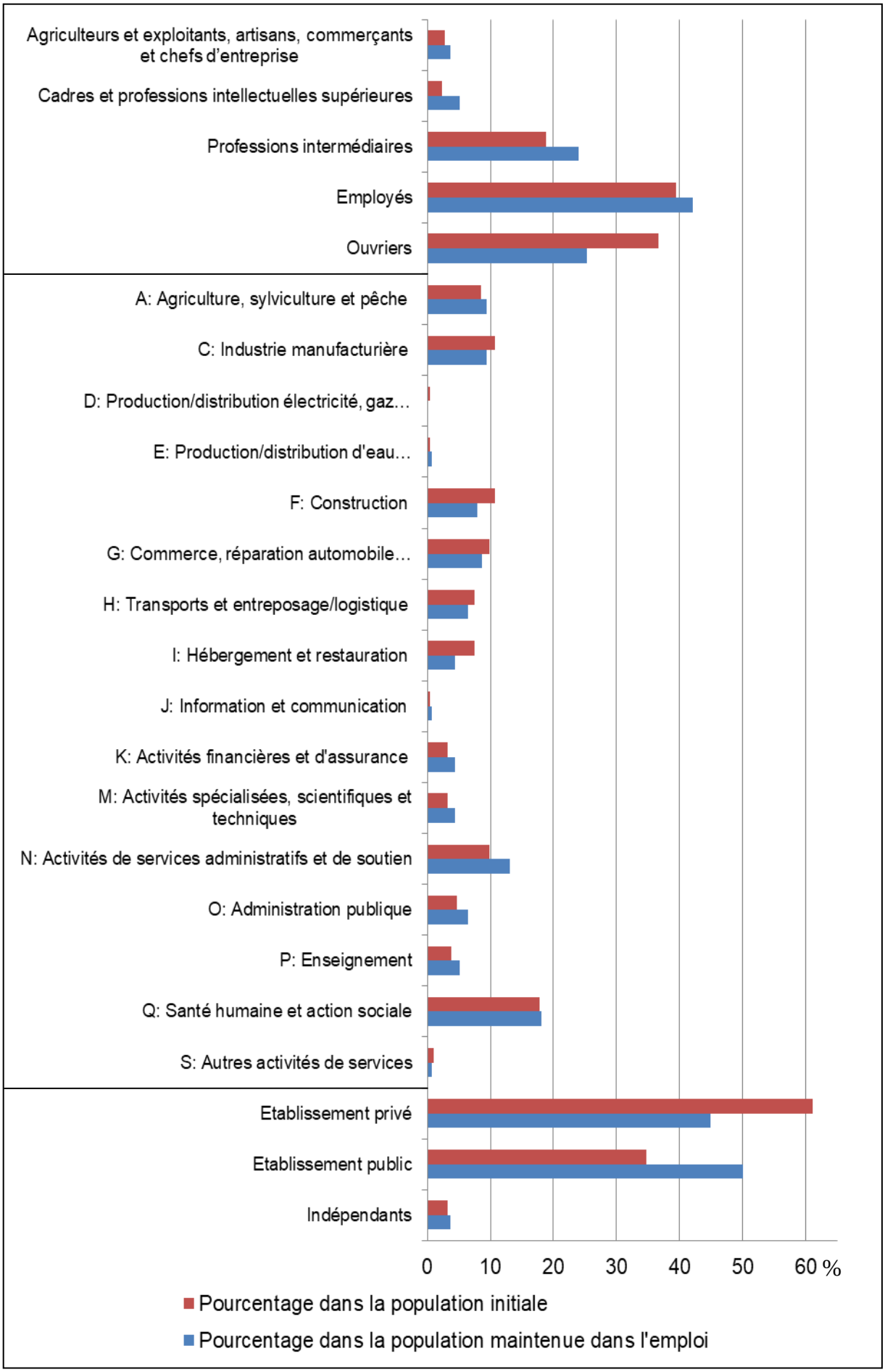

Figure 8. Caractéristiques professionnelles suite au maintien dans l'emploi

c. Temps de travail et absences pour raisons de santé

Au moment de l'enquête réalisée à 4 ans de la RQTH, sur les 138 personnes ayant été maintenues dans l'emploi, 109 étaient toujours en activité (78,99 % de la population) et 29 étaient désormais retraitées (21,01 % des cas).

Concernant les **personnes en activité**, des informations complémentaires ont été recueillies sur le temps de travail et les absences pour raisons de santé (Tableau 8).

- La plupart d'entre elles (environ 80 %) exerçaient à temps complet. Le temps partiel concernait 22 personnes (soit 20,18 % de la population) avec une répartition d'environ 32 % des cas avec un temps de travail de 80 %, 27 % avec un temps de travail de 50 à 80 %, 18 % avec un temps de travail de 50 %, environ 14 % avec un temps de travail à plus de 80 % et seulement 9 % avec un temps de travail à moins de 50 %. Les raisons évoquées justifiant le temps partiel étaient majoritairement les raisons de santé (81,82 % des cas). Etaient également citées les raisons personnelles (9,09 %) et l'absence d'emploi à temps complet (9,09 %).

Les 2 personnes qui étaient à temps partiel thérapeutique au moment de l'enquête ont été comptabilisées dans les arrêts maladies.

- Ainsi, 24 personnes (soit environ 22 % des personnes maintenues dans l'emploi en activité) étaient en arrêt maladie au moment de l'enquête : 2 depuis moins d'un mois, 6 depuis 1 à 6 mois, 5 depuis 6 mois à 1 an, 5 depuis 1 à 2 ans, 4 depuis 2 à 3 ans et 2 personnes étaient en arrêt maladie depuis 3 ans ou plus.

Sur les 85 personnes n'étant pas en arrêt maladie au moment de l'enquête, 45 (soit un peu plus de la moitié) ont été absentes pour raisons de santé au cours des 12 derniers mois : 5 moins de 7 jours, 11 de 8 à 15 jours, 15 de 16 à 30 jours, 7 de 31 à 60 jours et 6 personnes pendant plus de 61 jours. Une personne ne connaissait pas la durée de son arrêt maladie.

Tableau 8. Temps de travail et absences des personnes maintenues dans l'emploi en activité

Variables	**N= 109** **n(%)**
<u>Temps de travail</u>	
Temps complet	85 (77,98)
Temps partiel thérapeutique	2 (1,84)
Temps partiel :	22 (20,18)
Taux	
<50%	2 (9,09)
= 50%	4 (18,18)
50 à 80 %	6 (27,27)
= 80%	7 (31,82)
> 80%	3 (13,64)
Raisons	
pas trouvé d'emploi à temps complet	2 (9,09)
raisons de santé	18 (81,82)
raisons personnelles	2 (9,09)
<u>Arrêt maladie au moment enquête</u>	
Oui :	24 (22,02)
<1mois	2 (8,33)
1 à <6mois	6 (25,00)
6mois à <1an	5 (20,83)
1 à < 2ans	5 (20,83)
2 à <3ans	4 (16,68)
> ou égal à 3ans	2 (8,33)
Non :	85 (77,98)
Dont absence pour raisons de santé au cours des 12 derniers mois :	45 (52,94)
Moins de 7jours inclus	5 (11,11)
8 à 15jours	11 (24,44)
16 à 30jours	15 (33,33)
31 à 60jours	7 (15,56)
>61jours	6 (13,33)
Ne sait pas	1 (2,22)

n : nombre ; % : pourcentage

En outre, ci-après, la figure 9 met en parallèle le temps de travail et les absences pour raisons de santé avec les dispositions mises en place pour le maintien dans l'emploi.

- Les personnes ayant été maintenues à leur poste sans aménagement, exercent à temps partiel (contrat à temps partiel hors aménagement) dans environ 42 % des cas et dans plus de 33 % des cas sont en arrêt maladie au moment de l'enquête ou ont été absentes pour raisons de santé pendant plus de 30 jours au cours des 12 mois précédents.

- Dans le cas d'aménagement(s) du poste de travail, toutes les personnes exerçant à temps partiel le font justement via un aménagement de leur temps de travail accordé par l'employeur. Elles représentent 25,75 % de la population. Les autres personnes, bénéficiant d'un autre type d'aménagement de leur poste, travaillent toutes à temps complet. Concernant les absences, environ 30 % de la population est en arrêt maladie au moment de l'enquête ou a été absente pour raisons de santé pendant plus de 30 jours au cours des 12 mois précédents.

- Les personnes ayant bénéficié d'un reclassement interne travaillent à temps complet dans plus de 92 % des cas mais les absences pour raisons de santé touchent environ 46 % de la population.

- Enfin, les 3 personnes ayant subi un reclassement externe travaillent toutes à temps complet et n'ont pas été absentes pour raisons de santé au cours des 12 derniers mois.

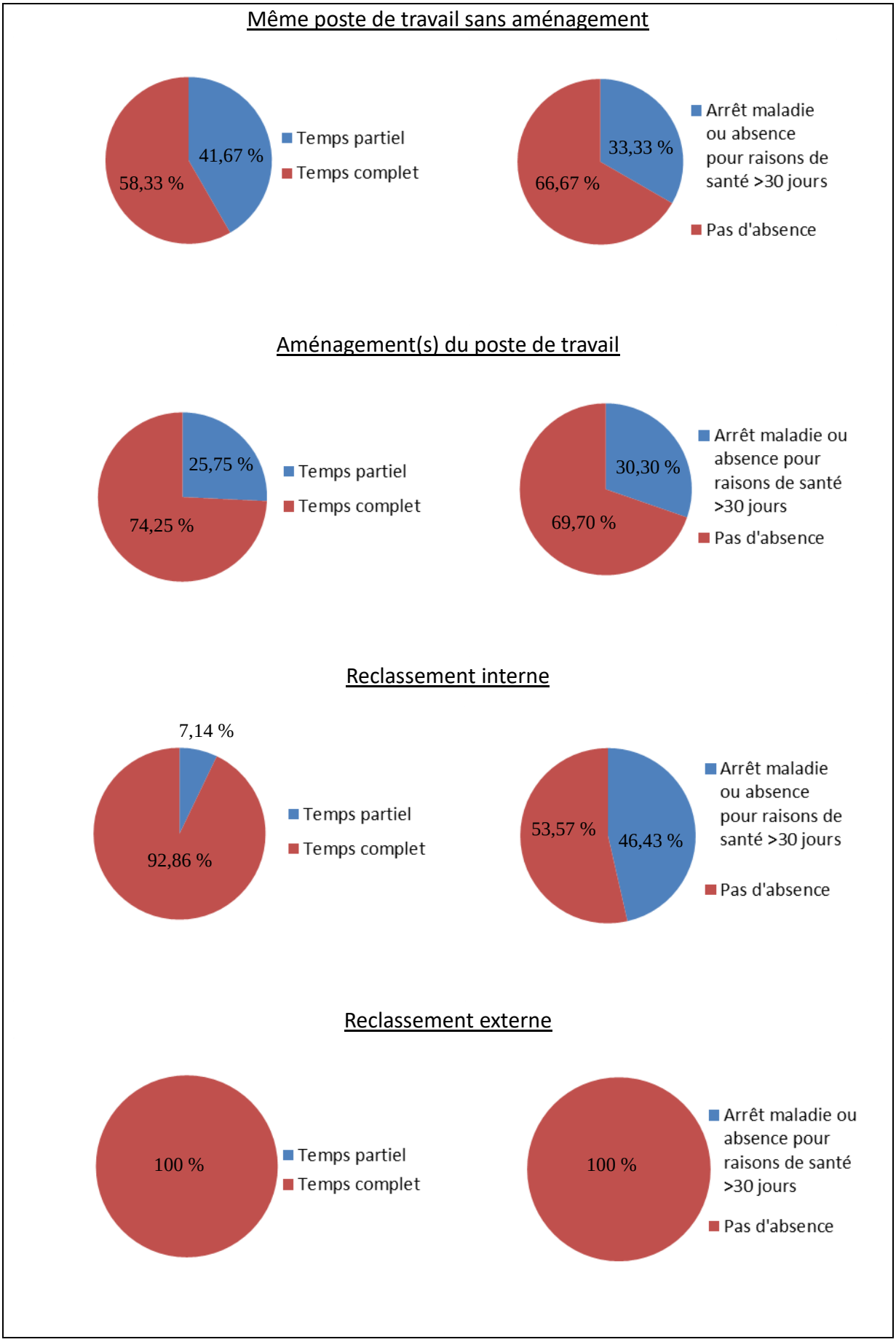

Figure 9. Temps de travail et absences selon les dispositions du maintien dans l'emploi

3.2.1.4 Conditions du maintien dans l'emploi : ressenti professionnel

Pour finir, les personnes maintenues dans l'emploi ont été questionnées sur leur ressenti professionnel en tant que travailleur handicapé.

Les questions sur le degré de satisfaction vis-à-vis de leur situation professionnelle et l'utilisation de la reconnaissance de travailleur handicapé étaient des questions fermées tandis que la dernière question leur laissait le champ libre pour formuler leurs remarques, sans limitation. Nous pouvons souligner que 136 personnes sur 138 ont exprimé au moins un commentaire.

a. Satisfaction professionnelle et utilisation de la RQTH

- Concernant le **degré de satisfaction vis-à-vis de leur situation professionnelle**, 62 personnes étaient « tout à fait satisfaites » (44,93 % de la population), 43 étaient « plutôt satisfaites » (31,16 % de la population), 18 étaient « plutôt insatisfaites » (13,04 %) et 15 « tout à fait insatisfaites » (10,87 %).

En regroupant les degrés de satisfaction et d'insatisfaction, 76,09 % de la population est ainsi satisfaite (105 personnes) contre 23,91 % insatisfaite (33 personnes).

- Les **taux de satisfaction professionnelle** (pourcentage de la population « satisfaite » et « plutôt satisfaite ») ont été calculés et comparés selon certaines caractéristiques du maintien dans l'emploi (Figure 10).

Par exemple, le taux de satisfaction baisse à 38,89 % en cas de maintien au même poste de travail sans aménagement. A l'inverse, il augmente à 81,40 % lors de l'aménagement du poste de travail. Les personnes ayant bénéficié d'un reclassement interne affichent un taux de satisfaction de 83,87 %. Pour les 3 personnes concernées par le reclassement externe, le taux de satisfaction moyen est de 66,67 %.

Le taux de satisfaction varie peu selon le type d'établissement : 75,81 % dans le privé, 75,36 % dans le public et 80 % pour les indépendants.

En revanche, en cas d'accompagnement reçu dans le cadre du maintien dans l'emploi, le taux de satisfaction est augmenté à 89,74 %. Et réciproquement, nous retrouvons un taux de satisfaction plus bas, à 70,71 %, en absence d'accompagnement.

En outre, le taux de satisfaction semble diminuer avec l'âge au moment de l'apparition du handicap locomoteur : 100 % de satisfaction pour les 2 personnes dont le handicap est apparu avant 25 ans et maintenues dans l'emploi, 86,67 % pour la tranche d'âge de 25-39 ans, 78,85 % pour les 40-49 ans, 79,41 % pour les 50-55 ans et 62,86 % pour les personnes devenues handicapées à plus de 55 ans.

Enfin, pas de nette variation du taux de satisfaction selon le sexe (77,94 % chez les hommes et légèrement plus bas, à 74,29 %, chez les femmes).

- A propos de l'**utilisation de la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé**, plusieurs réponses étaient possibles.

L'utilisation la plus souvent citée était l'aménagement du poste de travail (55,07 % de la population). Viennent ensuite, pour ne citer que les principales, l'aide technique ou matérielle (déclarée par 39,86 % de la population), la reconnaissance du handicap (36,23 % de la population), l'aide au maintien dans l'emploi (34,78 % de la population), l'aide au reclassement (19,57 % de la population), l'aménagement d'horaire (17,39 % de la population) et enfin aucune utilité de la reconnaissance de travailleur handicapé pour 15,22 % de la population (Tableau 9).

Tableau 9. Maintien dans l'emploi : satisfaction professionnelle et utilisation de la RQTH

Variables	**N=138** **n(%)**
Satisfaction professionnelle :	
Tout à fait satisfait	62 (44,93)
Plutôt satisfait	43 (31,16)
Plutôt insatisfait	18 (13,04)
Tout à fait insatisfait	15 (10,87)
Utilisation de la RQTH exprimée (plusieurs possibilités de réponse) :	
Aide maintien dans l'emploi	48 (34,78)
Accès formation	9 (6,52)
Aménagement de poste	76 (55,07)
Aménagement d'horaire	24 (17,39)
Aide technique/matérielle	55 (39,86)
Diminution des trajets	7 (5,07)
Reconversion	1 (0,72)
Reclassement	27 (19,57)
Reconnaissance du handicap	50 (36,23)
Faire valoir ses droits	2 (1,45)
Déclaration statut employeur	4 (2,90)
Aide financière	1 (0,72)
Carte de priorité ou stationnement	6 (4,35)
Statut salarié protégé	15 (10,87)
Retraite anticipée	3 (2,17)
Aucune utilisation	21 (15,22)

n : nombre ; % : pourcentage

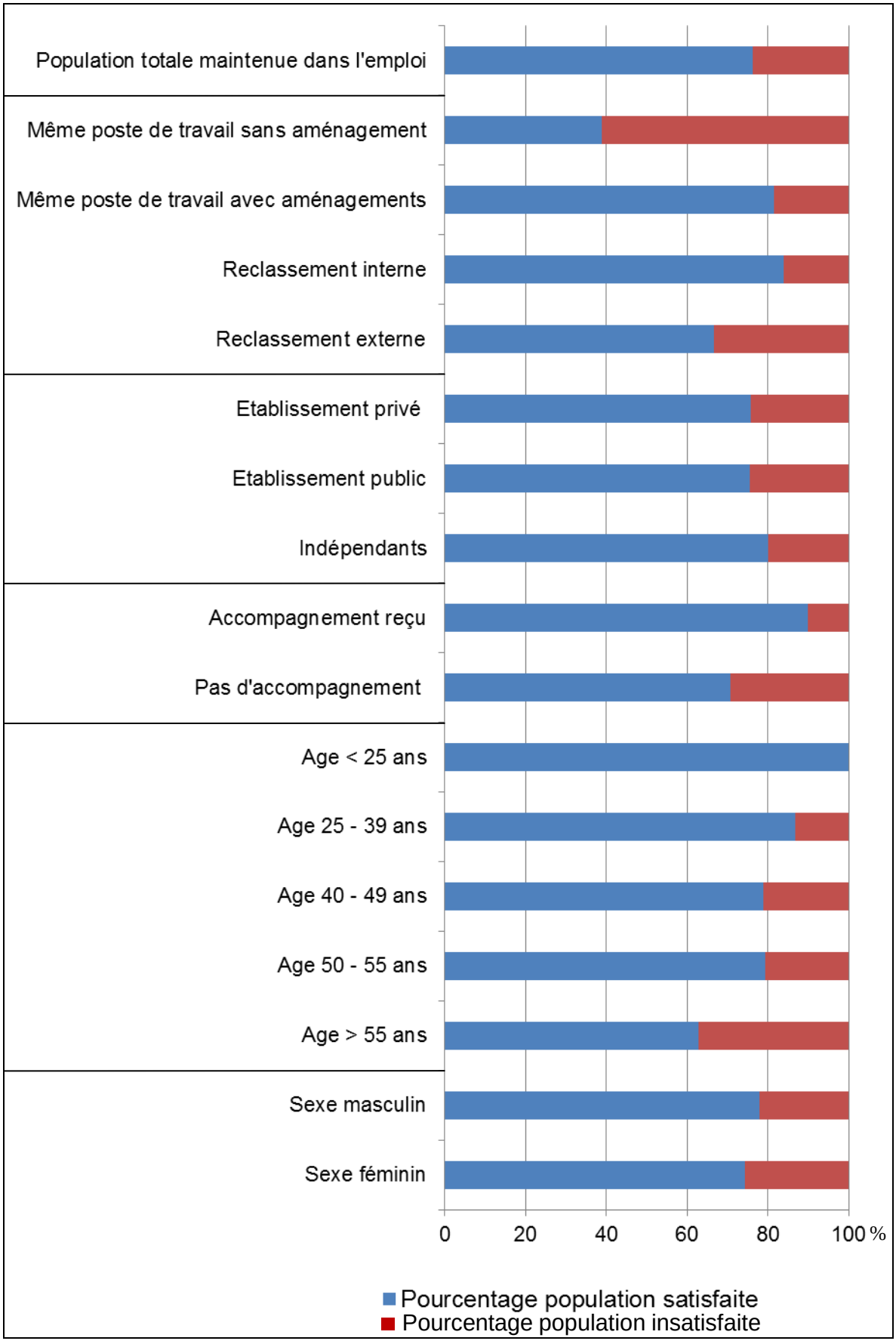

Figure 10. Taux de satisfaction professionnelle

b. Commentaires exprimés (Tableaux 10 et 11)

A la fin du questionnaire, la parole était donnée aux personnes pour qu'elles puissent exprimer leurs remarques sur leur situation professionnelle. Dans la plupart des cas, plusieurs domaines étaient évoqués et les remarques pouvaient être à la fois positives et négatives (Tableau 10). Le tableau 11 répertorie l'ensemble des commentaires exprimés dans notre population.

- Le thème le plus souvent abordé était les **conditions de travail** (119 personnes soit 86,23 % de la population).

Les remarques positives étaient légèrement majoritaires (54,62 % des cas). 29 personnes (soit 24,37 % des cas) ont exprimé des remarques négatives et 25 (21,01 % des cas) des remarques mixtes (à la fois positives et négatives).

La remarque la plus souvent mentionnée par la population est la satisfaction de l'aménagement du poste de travail (47,10 % de la population). Sont ensuite citées, pour les remarques les plus fréquentes, au contraire, l'absence d'aménagement ou de reclassement ou leur insuffisance (18,12 % de la population), le bon accompagnement du service prévention (16,66 % de la population), le reclassement sur poste adapté (14,49 % de la population), les difficultés avec les exigences de travail de type rapidité, rentabilité, efficacité (12,32 % de la population) et enfin les restrictions médicales non respectées ou difficilement (11,59 % de la population).

- Le deuxième domaine le plus souvent nommé concernait les **difficultés personnelles** (76 personnes soit 55,07 % de la population).

Les 5 principales remarques sont, par ordre de fréquence, le sentiment d'échec suite à de nouveaux arrêts maladies (17,39 % de la population), le maintien dans l'emploi au prix d'efforts conséquents (15,94 % de la population), les difficultés personnelles d'acceptation des incapacités et du handicap (13,77 % de la population), la peur de pénaliser les collègues de travail (7,25 % de la population) et la perte d'intérêt du travail suite au poste adapté ou au reclassement (6,52 % de la population).

- Etaient ensuite cités par 72 personnes, soit 52,17 % de la population, les **rapports hiérarchiques ainsi qu'entre collègues de travail.**

Dans 52,77 % des cas, il s'agissait de remarques positives, dans 41,66 % des cas de remarques négatives et dans environ 5 % des cas de remarques mixtes.

En effet, 4 commentaires revenaient le plus souvent, deux positifs et deux négatifs : la bonne compréhension de l'employeur était signalée par 31 personnes (soit 22,46 % de notre population), le soutien des collègues de travail par 21 personnes (soit 15,22 % de la population) et à l'inverse 20 personnes évoquaient une non reconnaissance des difficultés et du handicap surtout lorsque celui-ci est invisible (14,49 % de la population) et 16 personnes éprouvaient des sentiments d'exclusion, mise à l'écart, stigmatisation ou culpabilisation (soit 11,59 % de la population).

- Viennent ensuite les remarques ayant pour thème **l'inquiétude vis-à-vis du changement, de l'évolution ou de l'avenir** (thème exprimé par 40 personnes soit 28,99 % de la population), au premier rang desquelles se trouve la peur de la perte des acquisitions, des aménagements ou du poste de reclassement (remarque citée par 12 personnes soit 8,69 % de la population). Puis, est citée la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé comme protection pour l'avenir si besoin est (7,25 % de la population), la peur de perdre son emploi et le souhait d'évolution professionnelle (environ 5 % de la population dans les deux cas).

- Le thème sur les **critiques envers les dispositifs ou les démarches** concerne 36 personnes (soit 26,09 % de la population) avec, comme principale remarque, la lenteur des démarches et la longue attente des aménagements (citée par près de 9 % de la population).

9 personnes (soit 6,52 % de la population) posent la question du renouvellement de la reconnaissance de travailleur handicapé en cas d'amélioration clinique ou de poste adapté. 8 personnes (soit 5,79 % de la population), signalent quant à elles, une fin de carrière difficile avec notamment une date de départ en retraite repoussée par perte des trimestres en arrêt maladie.

- Enfin, le **manque d'information ou d'explication** était mentionné par 21 personnes (soit 15,22 % de la population). Les deux principaux commentaires étaient l'incompréhension du refus de certaines prestations comme les cartes de mobilité inclusion ou les aides financières (8,69 % de la population) et le manque d'information sur les droits des personnes handicapées et sur les démarches (7,97 % de la population).

Tableau 10. Maintien dans l'emploi : thèmes des commentaires

Variables	**N=138** **n(%)**
<u>Commentaires exprimés:</u>	
Oui	136 (98,55)
Non	2 (1,45)
<u>Thèmes des commentaires</u> (plusieurs réponses possibles)	
Conditions de travail	119 (86,23)
- remarques positives	- 65 (54,62)
- remarques négatives	- 29 (24,37)
- remarques mixtes	- 25 (21,01)
Rapport hiérarchique / entre collègues	72 (52,17)
- remarques positives	- 38 (52,77)
- remarques négatives	- 30 (41,66)
- remarques mixtes	- 4 (5,57)
Difficultés personnelles	76 (55,07)
Inquiétude vis-à-vis du changement / évolution / avenir	40 (28,99)
Manque d'information / explication	21 (15,22)
Critiques envers les dispositifs / démarches	36 (26,09)

n : nombre ; % : pourcentage

Tableau 11. Maintien dans l'emploi : liste des commentaires exprimés selon les thèmes

Variables	**N=138 n(%)**
Commentaires : conditions de travail (plusieurs réponses possibles)	
Aménagements du poste satisfaisants	65 (47,10)
Reclassement poste adapté	20 (14,49)
Bon accompagnement service prévention	23 (16,66)
Conditions favorables maintien emploi	6 (4,35)
Manque de suivi / accompagnement	2 (1,45)
Difficultés avec exigences de travail (rapidité, efficacité, rentabilité…)	17 (12,32)
Pas d'aménagement ou reclassement effectués ou insuffisants	25 (18,12)
Poste de reclassement inadapté	2 (1,45)
Restrictions médicales non respectées ou difficilement	16 (11,59)
Temps plein difficile	3 (2,17)
Manque de personnel / surcharge de travail	6 (4,35)
Commentaires : rapport hiérarchique / entre collègues (plusieurs réponses possibles)	
Bonne compréhension de l'employeur	31 (22,46)
Soutien des collègues de travail	21 (15,22)
Reconnaissance du handicap	2 (1,45)
Exclusion, mise à l'écart, stigmatisation / culpabilisation	16 (11,59)
Pas de reconnaissance difficultés / handicap surtout si invisible	20 (14,49)
Confusion handicap/compétences/motivation par l'employeur	7 (5,07)
Commentaires : difficultés personnelles (plusieurs réponses possibles)	
Perte intérêt du travail suite poste adapté ou reclassement	9 (6,52)
Difficultés en lien avec manque de qualification	2 (1,45)
Difficultés liées à pathologie surajoutée	5 (3,62)
Maintien emploi via efforts conséquents / pas d'amélioration clinique	22 (15,94)
Sentiment échec nouveaux arrêts maladies	24 (17,39)
Arrêt maladie jusqu'à retraite	5 (3,62)
Retraite pour invalidité solution de facilité vécue comme échec	2 (1,45)
Acceptation difficile incapacités, handicap, inaptitude	19 (13,77)
Deuil métier initial difficile	5 (3,62)
Peur pénaliser collègues de travail	10 (7,25)
Douleur physique retentissement psychologique	1 (0,72)
Importance du travail comme lien social	7 (5,07)
Sentiment d'injustice / non reconnaissance du travail effectué / devoir prouver capacités de travail / travailler différemment	7 (5,07)
Statut précaire indépendants	2 (1,45)

n : nombre ; % : pourcentage

Tableau 11. Maintien dans l'emploi : liste des commentaires exprimés selon les thèmes (suite)

Variables	**N=138 n(%)**
Commentaires : inquiétude vis-à-vis du changement / évolution / avenir (plusieurs réponses possibles)	
Peur perte emploi	7 (5,07)
RQTH protection si besoin est pour avenir	10 (7,25)
Devoir se former en fin carrière difficile	4 (2,89)
Pas de possibilité d'évolution carrière	4 (2,89)
Peur perte acquisitions / aménagements / reclassement	12 (8,69)
Souhait évolution professionnelle personnelle	7 (5,07)
Commentaires : manque d'information / explication (plusieurs réponses possibles)	
Incompréhension refus prestations CP/CS/aide financière	12 (8,69)
Manque d'information sur les droits / démarches	11 (7,97)
Manque de visibilité intérêt, impact RQTH	6 (4,35)
Méconnaissance différence RQTH/AAH	2 (1,45)
Incompréhension refus renouvellement	1 (0,72)
Incompréhension taux incapacité	3 (2,17)
Commentaires : remarques envers les dispositifs / démarches (plusieurs réponses possibles)	
Longue attente aménagements / lenteur démarches	12 (8,69)
Renouvellement RQTH si poste adapté ou amélioration clinique	9 (6,52)
Statut attribué non demandé (voulait CPCS, aide déjà via MP)	2 (1,45)
Pas de compléments financiers à la diminution du temps de travail	5 (3,62)
Seule solution proposée retraite pour invalidité, non souhaitée	3 (2,17)
Décisions non uniformes d'un département à l'autre	1 (0,72)
Retraite repoussée par perte des trimestres en arrêt maladie	8 (5,79)

n : nombre ; % : pourcentage

3.2.2 Non maintien dans l'emploi initial

A l'instar de l'évaluation du maintien dans l'emploi, quelques données concernant les personnes sorties d'emploi ont également été collectées au moment de l'enquête réalisée 4 ans après la primo-reconnaissance en qualité de travailleur handicapé. Sur notre population observée de 213 personnes, nous avons vu que 138 personnes avaient été maintenues dans l'emploi et donc 75 étaient sorties de leur emploi initial en CDI.

3.2.2.1 Caractéristiques de la population sortie d'emploi (Tableau 12)

- Pour la majeure partie des personnes sorties d'emploi (55 personnes soit 73,33 % des cas), la cause était un licenciement pour inaptitude médicale.

Pour les autres : 7 personnes (9,33 % des cas) avaient subi un licenciement économique, 7 autres étaient parties par rupture conventionnelle, 4 personnes (5,33 % des cas) avaient démissionné et pour 2 personnes il s'agissait d'une cession d'entreprise.

- Concernant leur devenir professionnel 4 ans après, au moment de l'enquête, 43 personnes (soit 57,33 % des sorties d'emploi) exerçaient une nouvelle activité professionnelle après une période de chômage au minimum supérieure à 3 mois (hors définition du maintien dans l'emploi) et 18 personnes (24 %) étaient toujours en recherche active d'emploi.

14 personnes étaient en inactivité (soit 18,67 % des cas) dont 12 personnes pour raisons de santé et 2 personnes retraitées après la perte de leur emploi initial. Pour rappel, les personnes retraitées au moment de l'enquête, mais ayant été maintenues dans l'emploi jusqu'à l'âge de la retraite étaient comptabilisées dans le taux de maintien dans l'emploi.

A souligner que sur les 14 personnes inactives, 13 d'entre elles touchaient une ressource au titre pension d'invalidité ou rente.

- Environ 40 % de la population sortie d'emploi (31 personnes), bénéficiaient d'une ressource de type pension d'invalidité ou rente. Il s'agissait d'une pension d'invalidité de 2ème catégorie pour 16 personnes, d'une rente d'accident de travail pour 7 personnes, d'une rente de maladie professionnelle pour 4 personnes, d'une pension d'invalidité 1ère catégorie pour 3 personnes et de 3ème catégorie pour une personne.

- Sur les 75 personnes sorties de leur emploi initial, 26 avaient été orientées vers le SAMETH par la MDPH lors de l'attribution de la RQTH et 45 (soit 60 % de la population) ont signalé avoir bénéficié d'un accompagnement spécifique pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. Le réseau CAP EMPLOI était cité par 36 personnes, le SAMETH par 7 personnes, l'AGEFIPH par 5 personnes, une association par 2 personnes et le FIPHFP par 2 personnes.

- Les informations concernant le taux de maintien dans l'emploi, et donc inversement le taux de sortie de l'emploi initial, ont été décrites précédemment (Figures 5, 6 et 7).

Il apparaissait, entre autres, que le taux de sortie d'emploi était plus important pour :

- Les courtes anciennetés en entreprise (taux de sortie d'emploi de 100 % pour les anciennetés inférieures à 1 an et de 87,50 % pour les anciennetés de 1 à 3 ans).
- Les personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité ou rente (taux de 52,54 %).
- Le secteur privé (taux de sortie d'emploi de 52,31 %) comparativement au secteur public (6,76 %).
- Les personnes âgées de moins de 40 ans (taux de sortie d'emploi de 50 %).
- Les catégories socio-professionnelles inférieures (taux de sortie d'emploi de 47,44 % chez les ouvriers).
- Les accidents (taux de sortie d'emploi de 37,04 %) et les accidents du travail (taux de sortie d'emploi de 44,74 %).
- Les personnes n'ayant pas bénéficié d'un accompagnement par le SAMETH (taux de sortie d'emploi de 39,77 %).

▪ Au moment de l'enquête réalisée 4 ans après la reconnaissance du handicap, l'âge moyen dans la population sortie d'emploi était de 51,25 ans, avec une distribution allant de 25 à 62 ans. La population se répartissait de manière assez équivalente selon les catégories d'âge (20 % de 25-39 ans, environ 25 % de 40-49 ans, 28 % de 50-55 ans et 27 % environ de plus de 55 ans).

▪ Sur les 75 personnes sorties de leur emploi initial, 40 étaient des hommes (soit 53,33 %) et 69 avaient un taux d'incapacité inférieur à 50 % (soit 92 % de la population). Près de 7 % d'entre eux avaient un taux d'incapacité de 50 à 79 %.

▪ L'atteinte prédominante au sein de cette population était mécanique (46 personnes soit 61,33 % des cas). L'atteinte axiale touchait 20 personnes (soit 26,67 %) et l'atteinte motrice 7 personnes (9,33 %).

La localisation de l'atteinte était au niveau des membres inférieurs (dans 49,33 % des cas) et moins fréquemment au niveau des membres supérieurs (34,67 % des cas).

L'origine du handicap était principalement les maladies hors maladies professionnelles (34 personnes soit 45,33 % des cas).

▪ Enfin, nous pouvons compléter ces données en abordant succinctement les métiers exercés lors de la demande de reconnaissance du handicap en 2013 par les personnes sorties d'emploi 4 ans après (annexe 4).

Sur les 75 personnes ayant été sorties de leur emploi initial, il s'agissait principalement d'ouvriers de production dans 12 % des cas (9 personnes), d'aides-soignants ou aides médico-psychologique dans 8 % des cas (6 personnes), de maçons, d'employés de restauration, de chauffeurs PL/bus/VL ou de mécaniciens automobiles/PL dans chacun environ 5 % des cas (4 personnes chacun) et enfin d'auxiliaires de vie ou aides à domicile, d'agents d'entretien polyvalents et d'ambulanciers dans chacun environ 4 % des cas (3 personnes chacun).

Tableau 12. Caractéristiques de la population sortie d'emploi

Variables	**N=75** **n(%), moy+/-ET, [min;max]**			
Age (années)	51,25 ± 8,66 [25;62]			
Groupe âge	25-39 ans	40-49 ans	50-55 ans	>55 ans
	15 (20,00)	19 (25,33)	21 (28,00)	20 (26,67)
Sexe : masculin	40 (53,33)			
Taux d'incapacité	<50%	50% à 79%	> ou égal à 80%	
	69 (92,00)	5 (6,67)	1 (1,33)	
Atteinte locomotrice principale				
Tronc	20 (26,67)			
Mécanique :	46 (61,33)			
- unique	- 28 (60,87)			
- multiple	- 18 (39,13)			
Motrice :	7 (9,33)			
- centrale	- 3 (42,86)			
- périphérique	- 4 (57,14)			
Altération	2 (2,67)			
Localisation principale				
Membre(s) supérieur(s)	26 (34,67)			
Membre(s) inférieur(s)	37 (49,33)			
Membre(s) supérieur(s) et membre(s) inférieur(s)	10 (13,33)			
Axiale pure	2 (2,67)			
Origine handicap				
Accident du travail	17 (22,67)			
- Dont : accident de trajet	- 4 (23,53)			
Maladie professionnelle	14 (18,67)			
Autres accidents	10 (13,33)			
Autres maladies	34 (45,33)			

n : nombre ; % : pourcentage

Tableau 12. Caractéristiques de la population sortie d'emploi (suite)

Variables	**N=75** **n(%), moy+/-ET, [min;max]**
<u>Ressources au titre pension d'invalidité ou rente</u>	
Non	44 (58,67)
Oui :	31 (41,33)
- PI n°1	- 3 (9,68)
- PI n°2	- 16 (51,61)
- PI n°3	- 1 (3,23)
- Rente AT	- 7 (22,58)
- Rente MP	- 4 (12,90)
<u>Notification SAMETH par la MDPH</u>	
Oui	26 (34,67)
Non	49 (65,33)
<u>Accompagnement par organisme(s)</u>	
Oui :	45 (60,00)
Dont : (plusieurs réponses possibles)	
- CAP EMPLOI	- 36 (80,00)
- SAMETH	- 7 (15,56)
- AGEFIPH	- 5 (11,11)
- FIPHFP	- 1 (2,22)
- Association	- 2 (4,44)
Non :	25 (33,33)
Ne sait pas :	5 (6,67)
<u>Cause perte emploi initial</u>	
Démission	4 (5,34)
Licenciement pour inaptitude médicale	55 (73,33)
Licenciement économique	7 (9,33)
Rupture conventionnelle	7 (9,33)
Cession entreprise/faillite/dépôt bilan	2 (2,67)
<u>Situation professionnelle actuelle</u>	
En emploi	43 (57,33)
En recherche d'emploi	18 (24,00)
En inactivité	14 (18,67)
Dont - Retraite	- 2 (14,29)
- Inactivité pour raisons de santé	- 12 (85,71)

n : nombre ; % : pourcentage

3.2.2.2 Données relatives aux personnes exerçant un nouvel emploi (Tableaux 13 et 14)

Au moment de l'enquête, 43 personnes exerçaient à nouveau une activité professionnelle après une période minimale de chômage supérieure à 3 mois (hors définition du maintien dans l'emploi).

- L'âge moyen était de 44,47 ans, soit moins élevé que pour l'ensemble des personnes sorties d'emploi (51,25 ans). De plus, les personnes ayant retrouvé un emploi étaient majoritairement des femmes (53,49 %).

- Pour près de 42 % de cette population (18 personnes), après la perte de l'emploi initial, la durée passée sans emploi avait été de 1 à 2 ans. 8 personnes (soit 18,60 %) étaient restées de 3 à 6 mois sans emploi, 8 autres de 6 mois à 1 an, 8 autres de 2 à moins de 3 ans et seule 1 personne pendant 3 ans ou plus (Tableau 13).

- L'emploi exercé au moment de l'enquête était un CDI dans 62,79 % des cas (27 personnes), majoritairement de contrat de droit privé (25 personnes) et dont l'ancienneté variait de moins de 6 mois pour 4 personnes, de 6 mois à 1 an pour 9 personnes, de 1 à 2 ans pour 6 personnes, de 2 ans à moins de 3 ans pour 3 personnes, de 3 ans ou plus pour 2 personnes et enfin 3 personnes ne connaissaient pas leur ancienneté.

Il s'agissait d'un CDD pour 8 personnes (18,60 % des cas), majoritairement de droit privé (7 personnes). Enfin, 5 personnes avaient le statut d'indépendants non-salariés et 3 personnes étaient en contrat intérimaire public ou privé.

- Les personnes travaillaient à temps complet dans environ 75 % des cas. Le temps partiel concernait 11 personnes et était déclaré pour des raisons de santé dans 63,64 % des cas.

- Environ 40 % de la population bénéficiait d'un aménagement du poste de travail, principalement de type aménagements des tâches à effectuer, aide matérielle ou aménagements d'horaires.

- Au moment de l'enquête, 6 personnes étaient en arrêt maladie et 3 avaient été absentes pour raisons de santé au cours des 12 derniers mois. Ainsi, 80 % de la population n'avait pas eu d'arrêt maladie au cours de l'année écoulée.

- En nous penchant sur les métiers exercés ainsi que les secteurs d'activité, les établissements et les catégories socio-professionnelles, nous pouvons préciser, pour les 43 personnes exerçant à nouveau une activité professionnelle, que :

  - 5 d'entre elles exercent à nouveau le même métier, avec la même catégorie socio-professionnelle, le même secteur et le même type d'établissement (privé). Il s'agissait d'un ambulancier, un chauffeur PL, bus ou VL, un mécanicien automobile/PL, un cuisinier et un maçon (annexe 4). Cela concerne environ 14 % de la population.

- 1 personne qui occupait un poste de gérant ou chef d'entreprise a gardé le même statut (indépendant non salarié) en changeant cependant de secteur d'activité.

- 37 personnes ont, par contre, changé de métier (soit 86 % des cas). Nous pouvons citer parmi les nouveaux postes de travail intéressant au minimum 2 personnes : le poste de chauffeur PL, bus ou VL (5 personnes concernées), d'employé administratif (3 personnes), d'assistante maternelle ou famille d'accueil (3 personnes), d'employé de caisse (2 personnes), d'agent de sécurité (2 personnes), de chargé de clientèle (2 personnes) et de gérant ou chef d'entreprise (2 personnes).

- Le nouvel emploi s'est accompagné d'un changement de secteur d'activité pour 35 personnes (soit environ 81 % des cas sur notre population de 43 personnes). Pour ne citer que les principaux, les mouvements se sont faits vers le secteur du commerce et de l'automobile pour 6 personnes, vers les activités de services administratifs et de soutien pour 5 personnes et vers le secteur du transport et de la logistique pour 5 autres personnes.

Seules 3 personnes ont changé de métier en restant dans leur secteur d'activité (deux dans le secteur du transport et de la logistique et une dans l'hébergement et la restauration).

- La nouvelle activité professionnelle s'est accompagnée d'un changement de catégorie socio-professionnelle dans environ 49 % des cas (21 personnes). Il s'agissait d'une augmentation vers une catégorie socio-professionnelle supérieure pour 16 personnes soit près de 76 % des cas.

- Enfin, le changement d'établissement a concerné 12 personnes (soit environ 28 % de la population). Les mouvements ont été réalisés vers le secteur public pour 5 personnes, vers le statut d'indépendant non salarié pour 4 personnes et vers le secteur privé pour 3 personnes.

- A propos de l'accompagnement reçu, sur les 43 personnes exerçant à nouveau une activité professionnelle, 32 (soit 74,42 % d'entre elles) ont déclaré, lors de l'enquête, avoir bénéficié d'un accompagnement spécifique pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. Etaient cités le réseau CAP EMPLOI, très majoritairement, par 24 personnes, puis le SAMETH, par 6 personnes, l'AGEFIPH, par 5 personnes, une association, par 2 personnes, et le FIPHFP par une personne.

Autrement dit, sur les 45 personnes sorties d'emploi ayant eu un accompagnement spécifique (Tableau 12), 32 avaient un nouvel emploi au moment de l'enquête (soit 71,11 % des cas).

- Sur les 43 personnes exerçant une nouvelle activité professionnelle, l'employeur était informé du statut de travailleur handicapé dans 80 % des cas. Cette déclaration était sans objet pour 5 personnes travaillant comme indépendants.

- La Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé a été utile pour plus de la moitié de la population (53,49 %) dans le cadre d'une reconversion professionnelle. Dans le même sens, 41,86 % de la population la cite comme aide pour l'accès aux formations. Par contre, pour 9 personnes (soit plus de 20 % de la population), elle n'a été d'aucune utilité.

- Près de 70 % de cette population sortie de l'emploi initial puis ayant retrouvé un emploi exprime une certaine satisfaction professionnelle actuelle (16,28 % « tout à fait satisfait » et 53,49 % « plutôt satisfait ») bien que les nombreux commentaires exprimés montrent d'éventuelles difficultés traversées.

- Enfin, les remarques émises lors de l'enquête étaient multiples.

Toutes les personnes (43) ont évoqué les conditions de travail. Pour un peu plus de la moitié (24 personnes soit 55,81 %), il s'agissait de remarques positives avec en premier lieu un poste de travail actuel adapté. Mais 44,19 % de la population exprime au contraire des difficultés avec les conditions de travail avec notamment un manque d'accompagnement, des difficultés avec les exigences de travail ou des aménagements insuffisants.

Les remarques ont concerné les dispositifs d'accompagnement ou les démarches pour 38 personnes (soit 88,37 % de la population). Les remarques citées étaient majoritairement positives (57,89 % des cas) et signalaient que la RQTH avait été une aide à la recherche d'emploi via l'accompagnement reçu ou l'accès aux formations. Mais dans plus de 40 % des cas, par contre, était mentionnés des commentaires négatifs comme l'absence d'accompagnement à la recherche d'emploi ou un emploi trouvé seul, les difficultés de formation ou reconversion, la lenteur des démarches avec une longue attente ou encore l'impact négatif de la RQTH sur la recherche d'emploi…

19 personnes (soit 44,19 % de la population) ont parlé des rapports hiérarchiques ou entre collègues de travail. Dans environ 63 % des cas, il s'agissait de critiques négatives à savoir un ressenti de mise à l'écart, stigmatisation ou culpabilisation et l'absence de reconnaissance des difficultés.

Egalement 19 personnes ont exprimé des difficultés plutôt d'ordre personnel : en emploi au prix d'efforts conséquents, acceptation difficile des incapacités, deuil du métier initial difficile, sentiment d'injustice, précarité des emplois exercés…

Enfin, 8 personnes ont critiqué le manque d'information sur les droits et les démarches et 3 personnes ont exprimé leur inquiétude pour l'avenir.

Tableau 13. Caractéristiques des personnes sorties d'emploi exerçant un nouvel emploi

Variables	**N=43** **n(%), moy+/-ET, [min;max]**
Age (années)	44,47 +/- 9,30 [25;62]
Sexe : masculin	20 (46,51)
Durée passée sans emploi	
3 à <6mois	8 (18,60)
6mois à <1an	8 (18,60)
1an à <2ans	18 (41,86)
2 à <3ans	8 (18,60)
> ou égal à 3ans	1 (2,33)
Type d'emploi actuel	
CDD	8 (18,60)
- Dont privé	- 7 (87,50)
Intérim	3 (6,98)
Indépendant non salarié	5 (11,63)
CDI	27 (62,79)
- Dont privé	- 25 (92,59)
Et ancienneté : - <6mois	- 4 (14,81)
- 6 mois à <1an	- 9 (33,33)
- 1 an à <2ans	- 6 (22,22)
- 2 à <3ans	- 3 (11,11)
- > ou égal à 3 ans	- 2 (7,41)
- ne sait pas	- 3 (11,11)
Temps de travail	
Temps complet	32 (74,42)
Temps partiel :	11 (25,58)
<50%	1 (9,09)
= 50%	4 (36,36)
50 à 80 %	4 (36,36)
= 80%	2 (18,19)
Raisons : - autre activité, études ou formation	- 1 (9,09)
- pas trouvé emploi à temps complet	- 3 (27,27)
- raisons de santé	- 7 (63,64)
Aménagement(s) du poste de travail	
Non	26 (60,47)
Oui :	17 (39,53)
Type (un ou plusieurs) - tâches	- 11 (64,71)
- temps de travail	- 2 (4,65)
- aide technique/matérielle	- 8 (18,60)
- lieu de travail	- 1 (5,88)
- horaires de travail	- 6 (13,95)

n : nombre ; % : pourcentage

Tableau 13. Caractéristiques des personnes sorties d'emploi exerçant un nouvel emploi (suite)

Variables	**N=43** **n(%), moy+/-ET, [min;max]**
<u>Arrêt maladie au moment enquête</u>	
Oui :	6 (13,95)
durée - <1mois	- 2 (33,33)
- 1 à <6mois	- 3 (50,00)
- 1 à < 2ans	- 1 (16,67)
Non :	37 (86,05)
Dont - absence au cours 12 derniers mois	- 3 (8,11)
<u>Métier exercé</u>	
Identique à 2013	6 (13,95)
Changement	37 (86,05)
<u>Secteur d'activité</u>	
Identique à 2013	8 (18,60)
Changement :	35 (81,40)
<u>Catégorie socio-professionnelle</u>	
Identique à 2013	22 (51,16)
Changement :	21 (48,84)
- Augmentation catégorie supérieure	- 16 (76,19)
- Baisse catégorie inférieure	- 5 (23,81)
<u>Etablissement</u>	
Identique à 2013	31 (72,09)
Changement :	12 (27,91)
- Privé vers public	- 5 (41,67)
- Public vers privé	- 2 (16,67)
- Privé vers indépendants	- 3 (25,00)
- Public vers indépendants	- 1 (8,33)
- Indépendants vers privé	- 1 (8,33)
<u>Accompagnement par organisme(s)</u>	
Oui :	32 (74,42)
Dont : (plusieurs réponses possibles)	
- CAP EMPLOI	- 24 (75,00)
- SAMETH	- 6 (18,75)
- AGEFIPH	- 5 (15,63)
- FIPHFP	- 1 (3,12)
- Association	- 2 (6,25)
Non :	11 (25,58)
<u>Employeur informé statut RQTH</u>	
Oui	34 (79,07)
Non	4 (9,30)
Sans objet	5 (11,63)

n : nombre ; % : pourcentage

Tableau 14. Ressenti professionnel des personnes sorties d'emploi exerçant un nouvel emploi

Variables	**N=43** **n(%), moy+/-ET, [min;max]**
Utilisation de la RQTH exprimée (plusieurs possibilités de réponse)	
Maintien dans l'emploi	2 (4,65)
Accès formation	18 (41,86)
Reconversion	23 (53,49)
Aménagement de poste	5 (11,63)
Aménagement d'horaire	2 (4,65)
Reconnaissance du handicap	8 (18,60)
Déclaration statut employeur	1 (2,33)
Aide financière	1 (2,33)
Aide technique/matérielle	4 (9,30)
Reclassement	1 (2,33
Carte de priorité ou de stationnement	1 (2,33)
Aucune utilité	9 (20,93)
Statut salarié protégé	1 (2,33)
Satisfaction professionnelle	
Tout à fait satisfait	7 (16,28)
Plutôt satisfait	23 (53,49)
Plutôt insatisfait	4 (9,30)
Tout à fait insatisfait	9 (20,93)
Commentaires conditions de travail (plusieurs réponses possibles)	43 (100,00)
Aménagements du poste satisfaisants	2 (4,65)
Conditions favorables maintien emploi	1 (2,33)
Poste actuel adapté	21 (48,84)
Manque de suivi / accompagnement	6 (13,94)
Difficultés avec exigences de travail (rapidité, efficacité, rentabilité…)	5 (11,63)
Pas d'aménagement ou reclassement effectués ou insuffisants	5 (11,63)
Poste de reclassement inadapté	2 (4,65)
Restrictions médicales non respectées ou difficilement	1 (2,33)
Remarques inquiétude vis-à-vis du changement / évolution / avenir	3 (6,98)

n : nombre ; % : pourcentage

Tableau 14. Ressenti professionnel des personnes sorties d'emploi exerçant un nouvel emploi (suite)

Variables	**N=43** **n(%), moy+/-ET, [min;max]**
Remarques envers les dispositifs / démarches (plusieurs réponses possibles)	38 (88,37)
RQTH aide à la recherche d'emploi / accompagnement / formation	14 (36,84)
Renouvellement RQTH si poste adapté ou amélioration clinique	8 (21,05)
Longue attente aménagements / lenteur démarches	2 (5,27)
Pas de compléments financiers à la diminution du temps de travail	1 (2,63)
Pas d'accompagnement à la recherche d'emploi / emploi trouvé seul	6 (15,79)
RQTH impact négatif sur la recherche d'emploi	1 (2,63)
Accès formation / reconversion poste adapté difficile	6 (15,79)
Commentaires rapport hiérarchique / entre collègues	19 (44,19)
Bonne compréhension de l'employeur	6 (31,58)
Soutien des collègues de travail	1 (5,26)
Exclusion, mise à l'écart, stigmatisation / culpabilisation	5 (26,32)
Pas de reconnaissance difficultés / handicap surtout si invisible	5 (26,32)
Confusion handicap/compétences/motivation par l'employeur	2 (10,52)
Commentaires difficultés personnelles	19 (44,19)
Difficultés en lien avec manque qualifications	1 (5,26)
En emploi via efforts conséquents / pas d'amélioration clinique	5 (26,32)
Acceptation difficile incapacités, handicap, inaptitude	4 (21,08)
Deuil métier initial difficile	
Importance du travail comme lien social	2 (10,52)
Sentiment d'injustice / non reconnaissance travail /	1 (5,26)
devoir prouver capacités / travailler différemment	2 (10,52)
Précarité des emplois exercés	2 (10,52)
Poste de reconversion mal accepté	2 (10,52)
Commentaires manque d'information / explication	8 (18,60)
Incompréhension refus CP/CS/aide financière	3 (37,50)
Manque d'information sur les droits / démarches	3 (37,50)
Manque de visibilité intérêt, impact RQTH	1 (12,50)
Méconnaissance différence RQTH/AAH	1 (12,50)

n : nombre ; % : pourcentage

3.3 RECHERCHE DE FACTEURS ASSOCIES AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI

L'objectif principal de notre étude était de déterminer le taux de maintien dans l'emploi 4 ans après l'apparition d'un handicap locomoteur reconnu administrativement.

D'après les figures 6 et 7, les taux de maintien dans l'emploi selon les caractéristiques générales, médicales et professionnelles de la population, laissaient entrevoir des éventuels facteurs influençant le maintien dans l'emploi que nous avons cherché à démontrer. Les analyses, univariées puis multivariées, ont été centrées sur les caractéristiques de la population observée décrites précédemment (Tableaux 2, 3, 4).

Pour la réalisation des analyses statistiques, et selon les effectifs concernés, certains regroupements ont dû être effectués. Nous avons ainsi étudié les facteurs suivants :

⇨ Caractéristiques générales :

- le sexe masculin ou féminin,
- l'âge, au moment de la demande de RQTH, de manière quantitative, ainsi qu'un âge de 50 ans ou plus (l'hypothèse étant que le maintien dans l'emploi augmente avec l'âge).

⇨ Caractéristiques médicales :

- l'atteinte locomotrice principale : tronc, mécanique ou autres (motrice, altération de membres, déficience viscérale à retentissement locomoteur) et la localisation principale (au niveau des membre(s) supérieur(s), au niveau des membre(s) inférieur(s) ou autre),
- l'existence d'un autre type d'atteinte locomotrice associé à l'atteinte principale et l'existence d'une autre déficience associée à la déficience locomotrice (l'hypothèse étant que le maintien dans l'emploi serait plus important en absence d'atteinte locomotrice associée ou de déficience associée),
- l'origine professionnelle ou non et accidentelle ou non du handicap,
- la personne à l'initiative de la reconnaissance du handicap : médecin du travail, médecin de soins ou autre,
- la notion d'arrêt maladie au moment de la demande de RQTH : pas d'arrêt maladie ou <6 mois, arrêt maladie de 6 mois à 2 ans ou >2 ans (l'hypothèse étant que le maintien dans l'emploi serait plus important en absence d'arrêt maladie),
- l'ancienneté du handicap au moment de la demande : inférieur à 3 ans ou 3 ans et plus.

⇨ Caractéristiques professionnelles :

- l'établissement : privé ou public,
- l'ancienneté dans l'entreprise de plus de 10 ans au moment de la demande de RQTH (en émettant l'hypothèse que plus l'ancienneté est grande, plus les personnes sont maintenues dans l'emploi),
- le niveau de formation : inférieur au baccalauréat ou niveau baccalauréat et plus et la catégorie socio-professionnelle supérieure hors employés/ouvriers (en imaginant qu'un niveau de formation plus élevé favoriserait le reclassement et ainsi le maintien dans l'emploi),
- Le secteur d'activité : éducation/santé/social, industrie, construction, commerce/transport/hôtellerie ou autres,
- D'une part, la notification « SAMETH » par la MDPH au moment de l'attribution de la RQTH et d'autre part l'accompagnement par le SAMETH déclaré au moment de l'enquête (recherche d'un impact de l'orientation et de l'accompagnement réel de ce service sur le maintien dans l'emploi),
- l'existence de ressources au titre de l'invalidité ou d'une rente accident de travail ou maladie professionnelle (éventuel facteur déterminant négatif sur le maintien dans l'emploi).

3.3.1 Analyses univariées (Tableau 15)

Selon les analyses univariées, nous retrouvons, dans notre population, **8 facteurs** semblant influencer de manière significative le maintien dans l'emploi :

- L'**âge** (de manière quantitative) au moment de la demande de reconnaissance du handicap locomoteur. De plus, un âge de 50 ans ou plus au moment de la demande semble être un facteur significatif positif de maintien dans l'emploi.

- L'existence d'un **arrêt maladie initial** prolongé aurait un impact significatif péjoratif sur le maintien dans l'emploi. Les analyses montrent une différence statistiquement significative concernant le maintien dans l'emploi entre les groupes « pas d'arrêt maladie ou <6 mois », « arrêt maladie de 6 mois à 2 ans » et « arrêt maladie >2 ans » avec un taux de maintien dans l'emploi nettement moindre pour ce dernier groupe.

- L'**établissement** : que ce soit pour un établissement privé ou public, la valeur p est <0,0001. Cependant, avec un odds ratio à 0,08 et un intervalle de confiance à 95 % de [0,04 ; 0,20], l'établissement privé serait un facteur péjoratif concernant le maintien dans l'emploi. A l'inverse, l'établissement public, avec son odds ratio à 14 et un intervalle de confiance à 95 % de [5,33 ; 36,8] serait un facteur significatif fort de maintien dans l'emploi.

- L'**ancienneté dans l'entreprise** : une ancienneté de plus de 10 ans semble présenter une association significative positive avec le maintien dans l'emploi.

- La **catégorie socio-professionnelle** : les catégories socio-professionnelles supérieures seraient un facteur significatif positif de maintien dans l'emploi.

- Le **secteur d'activité** : les analyses univariées montrent une différence statistiquement significative entre les secteurs d'activité, concernant le maintien dans l'emploi, avec un secteur « éducation/santé/social » affichant un taux de maintien dans l'emploi très supérieur aux autres (industrie, construction et commerce/hôtellerie/transport).

- L'**accompagnement par le SAMETH** semble être un facteur significatif positif de maintien dans l'emploi.

- Les **ressources au titre d'une invalidité ou d'une rente** : avec un odds ratio de 0,36 et un intervalle de confiance à 95 % de [0,19 ; 0,67], l'existence de ce type de ressources serait un facteur significatif péjoratif de maintien dans l'emploi.

Pour confirmer ces données, l'ensemble de ces 8 facteurs sera analysé par régression logistique ci-après.

En analyses univariées, plusieurs variables sont à la limite de la significativité (valeur p inférieure ou égale à 0,25) et seront également incluses dans les analyses multivariées. Il s'agit de la localisation principale de l'atteinte locomotrice, de l'origine accidentelle du handicap locomoteur et du niveau de formation.

Par contre, il n'a pas été montré de différence statistiquement significative entre les personnes maintenues dans l'emploi et celles non maintenues, concernant le sexe, l'atteinte locomotrice principale, l'existence d'une autre atteinte locomotrice associée, l'existence d'une autre déficience associée, l'origine professionnelle du handicap, la personne à l'initiative de la demande de RQTH, l'ancienneté du handicap ainsi que la notification « SAMETH » par la MDPH.

Tableau 15. Facteurs associés au maintien dans l'emploi : résultats des analyses univariées

Variables	Valeur de p*	Significativité
Caractéristiques générales		
Sexe	p=0,572	NS
Age (variable quantitative)	p=0,002	p<0,05
(50 ans ou plus)	p=0,032	p<0,05
Caractéristiques médicales		
Atteinte locomotrice principale	p=0,556	NS
Localisation principale	p=0,064	NS**
Autre atteinte locomotrice associée	p=0,704	NS
Autre déficience associée	p=0,892	NS
Origine professionnelle	p=0,464	NS
Origine accidentelle	p=0,200	NS**
Personne à l'initiative de la RQTH	p=0,405	NS
Arrêt maladie initial	p=0,001	p<0,05
Ancienneté du handicap	p=0,411	NS
Caractéristiques professionnelles		
Etablissement	p<0,0001	p<0,05
Ancienneté dans l'entreprise >10 ans	p<0,0001	p<0,05
Niveau de formation	p=0,223	NS**
Catégorie socio-professionnelle	p=0,005	p<0,05
Secteur d'activité	p=0,003	p<0,05
Notification SAMETH par la MDPH	p=0,523	NS
Accompagnement SAMETH	p=0,005	p<0,05
Ressources : invalidité ou rente	p=0,001	p<0,05

p* : probabilité (seuil de significativité <0,05) ; NS : non significatif car p>0,05 ; NS** : limite significativité

3.3.2 Analyses multivariées (Tableau 16)

Les analyses multivariées ont été réalisées pour s'affranchir de l'effet des variables entre elles. Elles ont permis la mise en évidence de **5 facteurs** présentant une association significative avec le maintien dans l'emploi :

- 3 facteurs significatifs en faveur du maintien dans l'emploi :

- **l'établissement public** : intervalle de confiance à 95 % de Wald : [5,88 ; 54,37],
- **l'ancienneté dans l'entreprise de plus de 10 ans** : intervalle de confiance à 95 % : [2,96 ; 14,66],
- **l'accompagnement par le SAMETH** : intervalle de confiance à 95 % : [1,47 ; 12,14].

- 2 facteurs significatifs péjoratifs :

- **l'arrêt maladie initial de plus de 2 ans** : intervalle de confiance à 95 % : [0,09 ; 0,68],
- **les ressources de type pension d'invalidité ou rente** avec un intervalle de confiance à 95 % : [0,15 ; 0,78].

Ainsi, l'âge de plus 50 ans ne ressort plus comme un facteur lié statistiquement avec le maintien dans l'emploi. Son effet semble surtout en lien avec l'ancienneté dans l'entreprise.

Concernant le handicap, la localisation principale et l'origine accidentelle ne sont également pas des facteurs significatifs en analyses multivariées.

Sur le plan professionnel, ni le niveau de formation, ni la catégorie socio-professionnelle, ni le secteur d'activité ne ressortent significatifs. L'effet du secteur d'activité serait surtout en lien avec l'établissement privé ou public. Le secteur « éducation/santé/social », affichant un taux plus élevé de maintien dans l'emploi, est en effet fortement représenté dans la fonction publique.

De plus, il n'a pas été montré de différence statistiquement significative entre les personnes maintenues dans l'emploi et celles non maintenues dans l'emploi, concernant les arrêts maladies initiaux plus courts (inférieurs à 2 ans).

Pour conclure, l'indice de concordance, qui mesure la reproductibilité de la capacité discriminante des facteurs étudiés (de 0,5 : pouvoir discriminant proche du hasard, à 1 : pouvoir discriminant parfait) a été calculé. Il est de 0,87 soit un fort pouvoir discriminant.

Tableau 16. Facteurs associés au maintien dans l'emploi : résultats des analyses multivariées

Variables	Valeur de p*	Significativité
Age de 50 ans ou plus	p=0,304	NS
Localisation principale	p=0,345	NS
Origine accidentelle	p=0,432	NS
Arrêt maladie initial de plus de 2 ans	p=0,0008	p<0,05
Etablissement public	p<0,0001	p<0,05
Ancienneté dans l'entreprise >10 ans	p<0,0001	p<0,05
Niveau de formation baccalauréat et plus	p=0,245	NS
Catégorie socio-professionnelle supérieure	p=0,109	NS
Secteur d'activité	p=0,888	NS
Accompagnement SAMETH	p=0,008	p<0,05
Ressources : invalidité ou rente	p=0,01	p<0,05

p* : probabilité (seuil de significativité <0,05) ; NS : non significatif car p>0,05

4. DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était de déterminer le taux de maintien dans l'emploi, à quatre ans d'une première reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, pour un handicap locomoteur, dans une population alors en emploi de contrat à durée indéterminée. Nous avons montré, au sein de notre population observée, un taux global de maintien dans l'emploi de 64,79 %, avec des variations selon les caractéristiques générales, médicales et professionnelles de la population.

Dans 75,36 % des cas, le maintien dans l'emploi s'est effectué au même poste de travail avec 13,04 % de la population ayant été maintenue à son poste sans aucune modification et 62,32 % de la population maintenue dans l'emploi ayant bénéficié d'aménagement(s) du poste. Le reclassement interne a concerné 22,47 % de la population maintenue dans l'emploi et le reclassement externe seulement 2,17 %.

Concernant la recherche de facteurs pouvant influencer le maintien dans l'emploi, dans notre étude : l'établissement public, l'ancienneté dans l'entreprise de plus de 10 ans et l'accompagnement par le SAMETH sont des facteurs significatifs positifs en faveur du maintien dans l'emploi. Par contre : l'arrêt maladie initial de plus de 2 ans et les ressources de type pension d'invalidité ou rente en sont des facteurs significatifs péjoratifs.

Pour les personnes sorties de leur emploi initial, les principales causes étaient un licenciement pour inaptitude médicale dans 73,33 % des cas et un licenciement économique ou une rupture conventionnelle dans 9,33 % des cas pour chacun d'entre eux. Au moment de l'enquête, 57,33 % de cette population exerçait une nouvelle activité professionnelle, 24 % était en recherche d'emploi et 18,67 % en inactivité.

Enfin, nous avons également collecté des données sur leur temps de travail et leurs absences pour raisons de santé ainsi que sur leur ressenti professionnel en tant que travailleur handicapé.

4.1 DISCUSSION : ANALYSE DESCRIPTIVE DE L'ETUDE ET COMPARATIVE A LA LITTERATURE

- Le **schéma** de notre étude correspond à une étude observationnelle et descriptive sur une série de cas. Il s'agit d'une étude rétrospective, unicentrique et transversale.

Hormis la revue de littérature de Palmer *et al.* (74) composée de 34 essais cliniques randomisés et 8 études de cohortes analytiques (annexe 5), la plupart des études retrouvées abordant le devenir professionnel après apparition d'un handicap locomoteur en particulier ou d'un handicap ou événement de santé en général, sont des études observationnelles et descriptives.

Plusieurs études présentent un schéma descriptif et transversal comme la nôtre, avec un recueil limité à des données rétrospectives (7,12,13,15,16,73,75–79).

Quatre études sont des études descriptives prospectives composées de séries de cas (80–83), dont une multicentrique (83).

Enfin, bon nombre d'études réalisent une analyse secondaire de données rétrospectives et prospectives collectées lors d'enquêtes nationales longitudinales auprès de la population générale (9–11,14,17,18,84).

Ainsi, au regard des autres études sur le sujet, bien que le caractère rétrospectif constitue une limite importante, le point fort de notre étude est sa valeur originale avec son propre dispositif de recueil de données.

- Le **recueil de données** s'est effectué lors d'une enquête téléphonique réalisée par la même personne, avec **un recul de 4 ans** après la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, pour réaliser un suivi rétrospectif.

  - Parmi les études précédemment citées, neuf études traitent de données collectées également par le biais d'une enquête téléphonique (9–11,16,17,75,77,78,80), onze études exploitent des données recueillies lors d'entretiens de visu ou de consultations de suivi (12,14,15,18,73,74,76,81–84), une étude analyse des données issues uniquement de dossiers médico-administratifs (7) et deux études collectent les données via un questionnaire auto-administré (13,79).

Ainsi, le mode de recueil par entretien téléphonique est partagé avec d'autres études. Il ne permet pas un recueil aussi exhaustif qu'une consultation en face à face (questionnaire plus long, données de l'examen clinique), mais donne une plus grande neutralité à l'enquêteur et assure la fiabilité des réponses par rapport au questionnaire auto-administré.

  - Les études décrivant les trajectoires professionnelles des personnes handicapées sont souvent transversales, sans réalisation de suivi de population.

Pour les études dont les données étaient longitudinales (9–11,13,14,16,17,74,75,80–84), le suivi moyen était d'environ 24 mois soit 2 ans. Notre suivi rétrospectif de 4 ans est ainsi un point fort.

- L'**outil analytique**, à savoir le questionnaire utilisé lors de l'enquête téléphonique, n'est pas retrouvé, dans sa globalité, dans les études évoquées ci-dessus. C'est un questionnaire **original** visant à recueillir des données médicales et professionnelles à la fois rétrospectives et instantanées. Il est composé en majeure partie de questions fermées avec réponses standardisées hormis une dernière question ouverte laissant le champ libre pour s'exprimer. Les questions diffèrent ensuite selon le devenir professionnel de la personne interrogée.

L'ensemble des études citées abordant le devenir professionnel utilise également un questionnaire original avec de grandes similarités dans les questions posées. Il s'agit, en effet, d'interroger sur le statut d'emploi actuel, les conditions de travail des personnes en activité ainsi que l'itinéraire professionnel passé.

➢ La **population incluse** lors de notre étude est une cohorte de personnes ayant bénéficié d'une primo-reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH), pour un handicap locomoteur, par la MDPH de la Vienne, en 2013 et alors en emploi de contrat à durée indéterminée.

Intéressons-nous maintenant à la population des études précitées.

o Il n'a pas été retrouvé d'autres études portant spécifiquement sur le maintien dans l'emploi des personnes handicapées motrices après reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Nous relevons une étude américaine basée sur les données d'une enquête auprès des ménages américains, qui recueille, pendant 2 ans après l'apparition d'un handicap locomoteur auto-déclaré, les évolutions médicales et professionnelles de personnes en emploi au moment de l'apparition du handicap (17).

A souligner aussi, une enquête similaire concernant le handicap psychique, avec une évaluation du devenir professionnel deux ans après l'obtention du statut de travailleur handicapé (80).

o Plusieurs études s'intéressent néanmoins aux trajectoires professionnelles des personnes handicapées en intégrant la déficience locomotrice parmi l'ensemble des déficiences. La définition du handicap retenue par ces études est cependant variable car, comme nous l'avons souligné dans la première partie, elle nécessite une analyse multidimensionnelle. Ainsi, même si cette définition tend à être harmonisée par les classifications de l'OMS, elle diffère encore selon les pays.

Par conséquent, différentes populations « handicapées » sont incluses dans les études retrouvées :

- RQTH seule (16),
- bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés et assimilés (7,14,15),
- trouble de santé chronique et invalidant auto-déclaré (18),
- limitations d'activité ou incapacités auto-déclarées (9–13).

Cette variabilité entre les études et, de fait, le champ plus ou moins large de leur population incluse, complexifie la comparaison de leurs résultats avec les nôtres.

o De plus, sans réelle évocation de handicap, des études étudient le devenir professionnel ou plus spécifiquement le maintien dans l'emploi, suite à des événements de santé (75–77,79,84) ou suite à des maladies à retentissement locomoteur (73,74,78,81–83).

Au total, notre population d'étude, centrée sur les personnes reconnues travailleurs handicapés, peut sembler restreinte, comparée aux autres études.

Cela peut constituer un point faible si l'on considère le handicap dans ses multiples dimensions. En effet, notre étude exclut, dans ce cas, un certain nombre de personnes handicapées, toutes les personnes qui pourraient avoir une reconnaissance administrative de leur handicap n'y ayant pas recours.

Nos résultats doivent donc être considérés seulement comme des indications.

Mais restreindre la population d'étude permet au contraire une meilleure comparabilité au sein de la population. De plus, baser notre évaluation sur une reconnaissance officielle du handicap permet de s'affranchir des limitations ou incapacités auto-déclarées sans réel fondement.

- Concernant l'**effectif**, selon nos critères d'inclusion, 352 personnes ont été incluses dans l'étude. L'enquête réalisée 4 ans après, a ensuite permis de recueillir des données rétrospectives pour les 213 personnes répondantes.

Dans la revue de Palmer *et al.* seules 7 études sur 42 comptent un effectif supérieur (74).

De plus, notre effectif est relativement proche de la moyenne des effectifs (396 personnes) des 6 études les plus comparables à la nôtre sur le plan de la méthode (16,78,80–83).

Les autres études présentent un effectif nettement supérieur (2 études avec un effectif moyen proche de 100 000 personnes et 14 études avec un effectif moyen de 7 500 personnes), mais la plupart d'entre elles, exploitent secondairement les données transversales ou longitudinales d'enquêtes nationales réalisées auprès de la population générale (7,9–15,17,18,73,75–77,79,84).

- Enfin, revenons sur les **caractéristiques initiales** de notre population.

  - Concernant les **caractéristiques générales et médicales** :

- La déficience principale locomotrice concernait **352 personnes** (soit 64 % de l'ensemble des primo-reconnaissances en qualité de travailleur handicapé) qui ont été incluses à T0 dans l'étude. Cette proportion est en accord avec les données de la littérature retrouvant une nette prédominance du handicap locomoteur (voir chapitre généralités « handicap locomoteur »).

Dans notre étude, l'âge moyen était d'environ 47 ans et environ 62 % de la population avait entre 40 et 55 ans. La population se répartissait en 189 hommes soit 53,69 % et 163 femmes soit 46,31 %.

Ces données sont comparables avec le profil, toutes déficiences confondues (car données relatives aux types de déficiences insuffisamment renseignées), des primo-reconnaissances de travailleur handicapé du département de Paris, selon une étude réalisée en 2010 (16). En effet, elle retrouvait un âge moyen de 41 ans, 71 % de la population âgée de 34 à 50 ans ou plus et une proportion de 53 % d'hommes et 47 % de femmes .

Nous retrouvons la notion d'un handicap locomoteur pouvant être acquis à l'âge adulte et dont la prévalence augmente avec l'âge (résultant de l'accumulation, sur toute une vie, de maladies, traumatismes et affections chroniques ainsi que de l'apparition de pathologies d'usure).

- Des données supplémentaires ont été recueillies concernant les **213 personnes** ayant accepté de participer à l'enquête téléphonique 4 ans après.

- Dans notre étude, les **pathologies** principales à l'origine du handicap locomoteur étaient les discopathies intervertébrales, les tendinites et l'arthrose. Autrement dit, les déficiences mécaniques de membres (comprenant l'ensemble des atteintes ostéo-articulaires) étaient prédominantes (56,34 % de la population) et suivies par les déficiences du tronc (environ 30 % de la population).

Ces données sont également en accord avec les données de la littérature (voir chapitre généralités « handicap locomoteur »).

- Dans notre étude, l'atteinte principale se localisait principalement au niveau des **membres inférieurs** (41,32 % de la population).

Cela va dans le même sens, mais dans une proportion moindre, que les données recueillies lors de l'enquête « Handicap-santé » où 64 % des limitations motrices se portaient sur le bas du corps (22).

- Dans notre étude, la déficience motrice est d'**origine accidentelle** dans 30,52 % des cas et fait suite à une maladie dans 69,48 % des cas.

Là encore, cela confirme les données précédemment citées (voir chapitre généralités « handicap locomoteur ») où 30 % des déficiences motrices seraient d'origine accidentelle en France (66).

- De plus, nous retrouvons, dans notre étude, une **origine non professionnelle** dans 62 % des cas, une maladie professionnelle dans environ 20 % des cas et un accident du travail (accidents de travail et de trajet) dans environ 18 % des cas.

Cela fait écho aux 64 % d'origine non professionnelle des situations signalées à risque de désinsertion professionnelle dans la région Ile-de-France en 2005 (7).

Ces données sont, par contre, inversées dans l'étude auprès des primo-reconnaissances de travailleur handicapé, toutes déficiences confondues, du département de Paris, qui retrouve 66 % d'origines professionnelles (16). Les auteurs de cette étude précisent cependant que leurs données sur le type et l'origine du handicap sont à interpréter avec prudence car elles n'étaient renseignées qu'à 18 % sur l'ensemble des dossiers analysés.

- Dans notre étude, la **demande de RQTH** était réalisée à l'initiative du médecin du travail dans environ 43 % des cas, du médecin traitant dans environ 18 % des cas, du médecin conseil pour environ 10 % de la population, de la personne handicapée elle-même dans environ 8 % des cas, d'un médecin spécialiste dans environ 7 % des cas, d'un service social pour environ 3 % de la population et d'une autre personne (employeur, collègues, amis…) pour 8 % de la population environ.

Les données de la MDPH de Paris (16) sont assez différentes, avec en tête une demande de RQTH à l'initiative de la personne elle-même (40 %), puis seulement d'un médecin (38 %) ou d'un service social (8 %).

Peut-être la formulation ou la compréhension des questions a eu un impact sur les réponses données ? La frontière peut en effet être mince entre une démarche totalement personnelle et une démarche conseillée ou orientée par un médecin mais finalisée par la personne.

- D'autre part, dans notre étude, la demande de RQTH intervient dans un contexte d'**arrêt maladie**, en cours ou à répétition, pour plus de 86 % de notre population. Seulement 13,62 % de la population ne signalait pas d'arrêt maladie connu dans les deux ans précédant la demande.

Nous pouvons comparer ces résultats avec les données de l'étude sur les situations signalées à risque de désinsertion professionnelle, dans le cadre du PDITH en Ile-de-France, où l'absence d'arrêt maladie concerne seulement 20 % des situations. En effet, 80 % des individus interrogés avaient été en arrêt de travail au cours des deux années précédentes (7).

- Dans notre population, il se surajoutait une **deuxième déficience** à l'atteinte locomotrice dans 27,23 % des cas.

Une enquête en Nouvelle-Zélande (45) indique, quant à elle, que 53 % des personnes handicapées déclarent être limitées par plus d'un type de déficience. Le chiffre est largement supérieur mais peut-être s'agit-il de cumul de déficiences hors atteinte locomotrice, cela n'est pas précisé.

- Il n'a pas été repéré d'éléments comparatifs concernant les autres données médicales de notre population, à savoir l'existence de plusieurs atteintes locomotrices associées et la durée d'évolution du handicap au moment de la demande de reconnaissance administrative du handicap.

Dans notre étude, au moment de la demande de reconnaissance administrative du handicap, celui-ci évoluait depuis moins de 3 ans dans la majorité des cas (53,52 %) et depuis moins de 5 ans dans 77,46 % des cas. Cela nous a permis, par la suite, de considérer nos résultats sur le devenir professionnel comme celui après apparition d'un handicap locomoteur reconnu administrativement.

- Concernant les **caractéristiques professionnelles** :

- Au sein de notre population handicapée motrice, les **métiers exercés** lors de la demande de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé étaient très hétérogènes. Certains postes étaient, cependant, plus représentés, avec, en tête, le métier d'agent d'entretien polyvalent qui est exercé par près de 10 % de la population. Les postes d'ouvrier de production et d'aide-soignant sont, quant à eux, exercés par 7 % de la population chacun (annexe 4).

Bien qu'il n'ait pas été identifié d'études spécifiant les métiers exercés par les personnes devenues handicapées motrices, il n'est pas étonnant de les retrouver en tête dans notre étude, du fait des contraintes physiques et posturales.

Pour cela, nous pouvons évoquer deux raisons différentes. L'une serait de considérer le métier exercé comme pouvant être à l'origine du handicap locomoteur (origine professionnelle).

La deuxième serait de considérer le métier exercé comme pouvant être, de par ses contraintes et le handicap locomoteur existant, à l'origine de difficultés professionnelles ayant amené la personne à faire une demande de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé.

Nous pouvons également critiquer l'ambiguïté de notre dénomination entre la notion de postes de travail ou de métiers (annexe 4). Un même métier est en effet source d'une multitude de postes de travail différents. L'étude portant surtout sur le maintien dans l'emploi, nous nommons le plus souvent les postes de travail pour détailler les aménagements de poste ou les reclassements par changement de poste (voir chapitre discussion « maintien dans l'emploi »).

- Les métiers étant très diversifiés, il est intéressant de se pencher plutôt sur la répartition selon les **secteurs d'activité professionnelle**. Pour pouvoir comparer avec les données disponibles, nous présentons ici les résultats de notre étude avec des regroupements quelque peu différents du chapitre « résultats ». Ainsi, le secteur regroupant le médico-social, l'administration publique et l'enseignement est prédominant (26,29 % de la population) suivi de près par le secteur du commerce, transport, hébergement et restauration (24,88 % de la population).

Ces deux mêmes secteurs (avec cependant une répartition de 40 % et 19 % de la population), arrivent en tête des secteurs d'activité des personnes en emploi bénéficiant d'une reconnaissance administrative du handicap, en France, au moment de l'enquête nationale Emploi de 2015 (23).

- A propos des **catégories socio-professionnelles**, dans notre étude, les employés représentent 39,44 % de la population, les ouvriers 36,62 %, les professions intermédiaires 18,78 %, les agriculteurs, artisans et chefs d'entreprise 2,82 % et enfin les cadres et professions intellectuelles supérieures 2,35 % de la population.

Ces répartitions sont sensiblement les mêmes que dans l'enquête Emploi de 2015 (23).

- Au sujet du **niveau de formation**, nos résultats (47,89 % de niveau V ; 19,25 % de niveau IV ; 17,37 % de niveaux V bis ou VI et 15,49 % de niveaux I, II ou III) diffèrent fortement avec le profil des personnes reconnues RQTH du département de Paris où arrivent en tête (30 % de la population) les personnes avec un niveau I, II ou III (16).

Cet écart peut provenir du fait que le niveau de formation de la population est variable selon les départements français, avec une région Ile-de-France fortement diplômée (85). Car il semble que, de manière générale et conformément à nos résultats, les personnes en situation de handicap auraient plutôt un faible niveau de formation (86). L'étude sur les situations signalées à risque de désinsertion professionnelle en Ile-de-France en 2005 retrouve d'ailleurs 71 % des signalements pour des personnes de niveau de formation V ou VI (7).

Ces données interrogent sur les possibles inégalités d'accès à la formation et à la qualification des personnes handicapées, sur l'existence d'offres de formation adaptées mais aussi sur les situations de rupture et de mobilité professionnelle d'autant plus difficiles avec un faible niveau de formation.

- De plus, dans notre étude, les contrats de travail du **secteur privé** concernaient 60 % de la population, la fonction publique environ 35 % de l'effectif et les indépendants 3 % (deux personnes ne connaissaient pas leur statut).

Selon l'enquête emploi de 2015, l'écart entre privé et public était encore plus net, avec 70 % des personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative du handicap en emploi en France travaillant dans le secteur privé, 22 % travaillant dans la fonction publique et 8 % d'indépendants (23).

A noter que, selon cette même étude, la répartition entre secteur privé ou public est comparable dans la population générale. Ainsi, la prévalence du handicap ne semble pas différer selon le secteur privé ou public et, comme la population générale, les travailleurs handicapés travaillent majoritairement dans des établissements privés.

- L'**ancienneté dans l'entreprise**, au moment de la demande de RQTH, au sein de notre population, était supérieure à 10 ans pour 139 personnes soit 65,26 % de la population. Une ancienneté comprise entre 6 et 10 ans concernait 43 personnes soit 20,19 % de la population. Pour 19 personnes (soit environ 9 % de la population), elle était de 3 à 6 ans. Seulement 12 personnes (correspondant à 5 % de la population) avaient une ancienneté dans l'entreprise de moins de 3 ans.

Ces résultats sont en accord avec ceux de l'enquête Emploi 2015 (23) sur la population bénéficiant d'une reconnaissance administrative du handicap (54 % d'ancienneté de plus de 10 ans). Bien qu'elle reste majoritaire, l'ancienneté supérieure à 10 ans est en proportion moindre (33 % des cas) parmi l'ensemble des situations signalées à risque de désinsertion professionnelle en Ile-de-France (7). La prédominance de l'ancienneté supérieure à 10 ans est peut-être à mettre en parallèle avec l'âge (la prévalence du handicap augmentant avec l'âge du fait de l'accumulation des maladies et traumatismes et de l'apparition de pathologies d'usure).

- Par ailleurs, dans notre étude, nous avons noté que lors de la demande de RQTH, la MDPH de la Vienne a réalisé une **notification « SAMETH »** pour 80 personnes soit pour 37,56 % de notre population en emploi.

A titre d'information, l'enquête réalisée dans le département de Paris nous informe que, considérant l'ensemble des statuts vis-à-vis de l'emploi, environ une notification d'accord de RQTH sur deux mentionne un organisme, mais que le SAMETH ne concerne qu'une infime partie (46 % de notifications pour le pôle emploi ou Cap Emploi, 13 % pour les centres de formation, 11 % pour les ESAT, 4 % pour le SAMETH…). Mais il faut dire que 48 % de leur population étaient en recherche d'emploi au moment de la demande de RQTH (16).

- Enfin, environ 28 % de notre population RQTH bénéficie d'une ressource au titre d'une **pension d'invalidité ou d'une rente**.

Ces ressources concernent 12 % des primo-reconnaissances en qualité de travailleur handicapé du département de Paris (16).

Il est difficile d'avoir d'autres données comparatives car, comme nous l'avons déjà évoqué, de nombreuses études sur le handicap portent sur l'ensemble de la population bénéficiant de l'obligation d'emploi englobant entre autres les RQTH, les pensions d'invalidités et les rentes AT ou MP.

4.2 DISCUSSION : DEVENIR PROFESSIONNEL AVEC COMPARAISON A LA LITTERATURE

La faible durée d'évolution du handicap au moment de la demande RQTH, nous a permis de considérer les résultats du devenir professionnel comme celui après apparition d'un handicap locomoteur. A cela près que notre population était en emploi de contrat à durée indéterminée au moment de la demande et que le handicap est reconnu administrativement.

➢ Dans notre étude, quatre ans après la primo-reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, il est retrouvé un taux de maintien dans l'emploi de 64,79 % (138 personnes) et donc inversement un taux de **sortie de l'emploi initial de 35,21 %** (75 personnes).

- Pour la majeure partie de notre population ayant quitté son emploi initial (55 personnes soit 73,30 % des cas), la **cause** était un licenciement pour inaptitude médicale. Pour les autres : 7 personnes (9,33 % des cas) avaient subi un licenciement économique, 7 autres étaient parties par rupture conventionnelle, 4 personnes (5,33 % des cas) avaient démissionné et pour 2 personnes il s'agissait d'une cession d'entreprise.

Dans la littérature, cette large majorité d'inaptitudes médicales est, par exemple, également observée dans le cadre des situations signalées à risque de désinsertion professionnelle en région Ile-de-France où 82 % des pertes d'emploi sont dues à un licenciement pour une inaptitude médicale et 13 % à un licenciement pour une autre cause (7).

Dans le cadre des atteintes locomotrices et plus spécifiquement des troubles musculo-squelettiques, une enquête retrouve que la conséquence suite à la prononciation de l'inaptitude au poste est un licenciement ou un retrait définitif du marché du travail dans 2/3 des cas (73). Cette problématique doit peut-être amener une réflexion sur un accompagnement spécifique des personnes licenciées pour inaptitude médicale en vue de favoriser la réinsertion professionnelle (87).

- Dans notre étude, sur l'ensemble des 75 personnes sorties de leur emploi initial, toutes causes comprises, 45 (soit 60 % de la population) ont signalé avoir bénéficié d'un **accompagnement** spécifique pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés.

Le réseau CAP EMPLOI était cité par 36 personnes, le SAMETH par 7 personnes, l'AGEFIPH par 5 personnes, une association par 2 personnes et le FIPHFP par 2 personnes (plusieurs organismes pouvant être cités).

Pour 32 personnes, l'accompagnement a débouché sur une nouvelle activité professionnelle (soit 71,11 % de l'ensemble des personnes accompagnées) alors que seulement 36,67 % de la population non accompagnée exerçait une nouvelle activité professionnelle.

Dans la littérature, le suivi d'une population reconnue en tant que travailleurs handicapés pour un handicap psychique évalue, de même, à 61,1 % d'activité professionnelle exercée pour les personnes accompagnées contre 38,9 % pour les personnes sans aide spécifique (80).

➢ Sur notre population observée de 213 personnes, **152 personnes (71,36 %) sont en emploi quatre ans après**, se divisant en :

- 109 personnes maintenues dans leur emploi initial soit environ 72 % des cas et
- 43 personnes ayant retrouvé un emploi soit environ 28 % de la population en emploi.

Hogelund and Holm (75) retrouvent, dans leur étude sur l'emploi après événement de santé, des chiffres similaires malgré un recul moindre (18 mois) : 73 % de la population en emploi dont 74 % maintenue dans l'emploi initial et 26 % ayant un nouvel employeur.

Nos résultats sur le maintien dans l'emploi seront discutés et comparés à la littérature dans le chapitre suivant.

➢ A contrario, **28,64% de la population n'est plus en emploi quatre ans après**, se répartissant en :

- 31 personnes retraitées (soit 14,55 % de la population, dont 29 personnes ayant été maintenues dans l'emploi jusqu'à l'âge de la retraite),
- 18 personnes en recherche d'emploi (soit 8,45 % de la population) et
- 12 personnes inactives pour raisons de santé (soit 5,64 % de la population).

Nos données, avec un recul de 4 ans, sont en accord avec les données de la littérature retrouvant un nombre de sans-emploi augmentant avec le temps.

Selon une thèse allemande de 2012 (18), 11 % des personnes en emploi ayant subi un handicap sont sorties d'emploi l'année suivante. Selon Jones *et al*. (9), 17,80 % de la population en emploi au moment de l'apparition du handicap ne l'est plus 2 ans plus tard. Trois ans plus tard, selon Barnay *et al*. (12), c'est environ 20 % de la population en emploi au moment de l'apparition du handicap qui ne l'est plus.

L'étude de Sloane *et al*. (10) nous apporte, quant à elle, des informations jusqu'à 10 ans après l'apparition du handicap. Fait intéressant, 20,50 % de la population qui était en emploi ne l'est effectivement plus 3 ans après, puis seulement 17,60 % de la population 4 ans après. Cette proportion augmente à nouveau l'année suivante (20,00 %), pour ensuite avoir chaque année un peu plus de personnes sorties d'emploi jusqu'à 25,00 % à 10 ans.

Cela indique peut-être une reprise d'activité professionnelle pour une partie de la population à 4 ans mais ne perdurant pas (emplois courts).

Nous pouvons également comparer nos données à une enquête réalisée dans le département de Paris (16), qui analyse les trajectoires professionnelles 2 ans après la reconnaissance de travailleur handicapé, toutes déficiences confondues. Concernant les personnes qui étaient en emploi au moment de la demande RQTH (76 personnes), 55 % d'entre elles étaient en emploi deux ans après, 20 % étaient en recherche d'emploi, 16 % étaient en formation et 9 % de la population était inactive.

Ainsi, leur résultat sur le taux d'emploi, bien inférieur au nôtre, est sans doute dû à un recul moins important que notre étude (2 ans versus 4 ans). En effet, deux ans après l'apparition du handicap, un certain nombre de personnes a possiblement perdu son emploi initial et pas encore retrouvé un autre emploi.

➢ Les informations recueillies lors de notre enquête auprès des **43 personnes ayant retrouvé un emploi** vont dans ce sens avec une durée passée sans emploi de plus d'un an pour près de 63 % d'entre elles.

- De plus, comme suggéré plus haut, les emplois retrouvés sont souvent précaires, du moins initialement. En effet, nous retrouvons dans notre étude 18,60 % de CDD, 7 % de contrats intérimaires et plus de 11 % de statuts indépendants. Et pour environ la moitié des personnes ayant retrouvé un CDI quatre ans après, le contrat date de moins d'un an (48,15 %).

Dans la littérature, l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel (15) confirme cette tendance, tous handicaps confondus. La proportion d'individus ayant effectué au moins un quart de leur itinéraire professionnel en emplois courts est similaire pour les populations avec ou sans handicap. Cependant, alors que les emplois courts sont particulièrement fréquents lors de la période d'insertion professionnelle de la population générale, ils semblent être encore très présents au-delà de 40 ans pour les personnes avec une reconnaissance administrative de leur handicap. Ceci peut refléter des difficultés, pour ces personnes, à retrouver un emploi de longue durée ou à rester dans un même emploi en raison de problèmes de santé.

Un même constat est fait par Verdoux *et al*. (80) auprès des personnes en emploi deux ans après la reconnaissance administrative d'un handicap psychique (plus de 63 % d'emplois à durée déterminée et 23,6 % de contrats intérimaires).

- En outre, dans notre étude, la nouvelle activité professionnelle s'accompagne :

⇨ d'un changement de métier pour 37 personnes (soit pour 86 % des personnes exerçant une nouvelle activité professionnelle),

⇨ d'un changement de secteur d'activité pour 35 personnes (soit 81,40 % des cas),

⇨ d'un changement de catégorie socio-professionnelle pour 21 personnes (soit 48,84 % des cas dont 23,80 % de rétrogradation et 76,20 % d'augmentation vers une catégorie supérieure) et,

⇨ d'un changement d'établissement pour 12 personnes (soit environ 28 % des cas).

Si l'on rapporte ces données à l'ensemble de notre population observée, nous pouvons dire que la conséquence du handicap locomoteur a été notamment un changement de profession pour 17,37 % de notre population et un changement de secteur d'activité pour 16,43 %.

Dans la littérature, 16 % des travailleurs handicapés néo-zélandais âgés de 15 à 64 ans ont déclaré avoir dû changer de métier à cause d'une maladie ou d'un problème de santé (45).

En France, 24 % des personnes reconnues handicapées ayant subi un impact professionnel autre que l'invalidité déclarent avoir dû changer de profession et 14 % de secteur d'activité (15).

L'étude sur les conséquences des troubles musculo-squelettiques sur l'itinéraire professionnel va plus loin en précisant ces informations selon le sexe et la catégorie d'âge (73). Ainsi, les changements de profession et de secteur d'activité touchent principalement les hommes, relativement jeunes, âgés de 30 à 44 ans. La nécessité de changer de profession est même la conséquence la plus fréquemment citée dans cette population (environ 21,5 % des cas).

Il paraît évident que devoir réaliser une reconversion professionnelle pour raisons de santé est une épreuve, d'autant plus difficile avec l'avancée en âge.

Plusieurs études décrivent que, plus l'âge est élevé au moment de l'apparition du handicap, plus la probabilité d'être en emploi l'année ou les années suivantes est faible (13,17,73,83,84). Ceci suggère, pour les personnes en inactivité ou en recherche d'emploi, des difficultés pour retrouver un emploi majorées avec l'avancée en âge et nécessitant d'être accompagnées.

- Enfin, concernant l'accompagnement reçu par les personnes ayant retrouvé un emploi, 32 personnes sur 43 ont signalé avoir bénéficié d'un accompagnement spécifique (soit 74,42 % des cas). Seules 11 personnes ont retrouvé un emploi sans être accompagnées (soit environ un quart des personnes à nouveau en emploi).

Là encore, cela indique le bénéfice de l'accompagnement pour le retour à l'emploi.

4.3 DISCUSSION : MAINTIEN DANS L'EMPLOI ET FACTEURS ASSOCIES AVEC COMPARAISON A LA LITTERATURE

Pour mémoire, nous avons retenu comme définition du maintien dans l'emploi : soit maintien dans l'entreprise (au même poste de travail ou par le biais d'un reclassement interne) soit nouvel emploi dans une autre entreprise (reclassement externe) sans période de chômage ou avec un relais immédiat de moins de 3 mois (sans véritable désinsertion professionnelle).

Il a été déterminé au moment de l'enquête réalisée 4 ans après la primo-reconnaissance en qualité de travailleur handicapé. Au total, 138 personnes (soit un taux de maintien dans l'emploi de 64,79 %) avaient alors été maintenues dans l'emploi.

Ont été incluses, les personnes retraitées au moment de l'enquête, mais ayant été maintenues dans l'emploi jusqu'à l'âge de la retraite. Elles concernaient environ 20 % de l'effectif maintenu dans l'emploi.

Les données de la littérature sont minces concernant spécifiquement le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés d'autant plus que, comme critiqué précédemment, la population considérée comme « handicapée » varie selon les études.

E. Clainchard (7) montre un taux global de maintien dans l'emploi proche du nôtre, de 66 %, mais sur l'ensemble des situations signalées à risque de désinsertion professionnelle dans le cadre du PDITH, en Ile-de-France, en 2005 (population bénéficiaire de l'obligation d'emploi).

Hoglund and Holm (75) retrouvent un taux inférieur de maintien dans l'emploi après événement de santé, de 54 %, mais leur définition du maintien dans l'emploi n'intègre pas le reclassement externe.

- **Evaluation du maintien dans l'emploi**

La littérature confirme l'importance d'étudier les modalités du maintien dans l'emploi et la mise en place éventuelle de changements dans l'activité professionnelle suite à l'apparition du handicap locomoteur.

Selon une enquête sur les troubles musculo-squelettiques (73), le changement de poste au sein de l'entreprise touche 29 % des hommes de 45 à 59 ans en France. Il s'agit, pour cette population, de la première conséquence sur le plan professionnel, devant la sortie d'emploi.

Fait intéressant, la revue de Palmer *et al*. (74), suggère que, dans le cadre des troubles musculo-squelettiques, les interventions concernant le travail (aménagements, amélioration des conditions de travail…) sont plus efficaces que toutes les autres interventions (soins, rééducation, prise en charge psychologique…) sur la réduction des absences pour arrêt maladie et les sorties d'emploi.

Hill *et al*. (88), trouvent même que, en présence d'aménagements effectués par l'employeur, les personnes handicapées retarderaient leur sortie d'emploi de deux ans.

Enfin, un modèle de régression logistique basé sur les données de l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel, indique qu'une personne ayant vécu un événement de santé alors qu'elle était en emploi, a trois fois plus de chance d'être toujours en emploi quatre ans plus tard en présence d'aménagement du temps, des conditions ou du poste de travail (84).

⇨ Dans notre étude, 13,04 % de la population maintenue dans l'emploi n'a connu **aucun changement** dans l'exercice de son activité professionnelle. A noter, en outre, que plus de la moitié d'entre elles en exprimait le besoin.

Dans cette situation-là, les personnes exercent à temps partiel (contrat à temps partiel hors aménagement) dans environ 40 % des cas et dans plus de 33 % des cas sont en arrêt maladie au moment de l'enquête ou ont été absentes pour raisons de santé pendant plus de 30 jours au cours des 12 mois précédents.

- Parallèlement, environ 62 % de notre population a bénéficié d'**aménagement(s) du poste de travail.** Il s'agissait, dans la majorité des cas, d'aménagements multiples.

Les principaux cités sont : la modification des tâches à effectuer (par 67,31 % de la population ayant bénéficié d'un aménagement), des aides techniques ou matérielles (42,31 % de la population), un aménagement du temps de travail (17 %), des horaires de travail (10 %) et le changement de lieu de travail (télétravail : 6,73 % des cas).

Dans le cas d'aménagement(s) du poste de travail, toutes les personnes exerçant à temps partiel le font justement via un aménagement de leur temps de travail accordé par l'employeur. Elles représentent environ 25 % de la population. Les autres personnes, bénéficiant d'un autre type d'aménagement de leur poste, travaillent toutes à temps complet, pouvant suggérer que l'aménagement est une aide pour l'exercice à temps complet.

Concernant les absences, environ 30 % de la population est en arrêt maladie au moment de l'enquête ou a été absente pour raisons de santé pendant plus de 30 jours au cours des 12 mois précédents.

En comparant avec les personnes n'ayant pas eu d'aménagement, nous ne retrouvons pas d'effet patent de l'aménagement sur la réduction des arrêts maladie contrairement à ce que l'indique la revue de Palmer *et al*. (74) : réduction de 1,67 jour d'absences par mois.

- Plus de 22 % de notre population a été **reclassée au sein de l'entreprise** sur un autre poste. Dans le cadre du handicap locomoteur, les postes de reclassement les plus souvent retrouvés sont logiquement des postes sédentaires d'employés administratifs (annexe 4).

Dans 70,97 % des cas, le changement de poste a été accompagné d'une formation.

Les personnes ayant bénéficié d'un reclassement interne travaillent à temps complet dans plus de 90 % des cas mais les absences pour raisons de santé touchent quand même 46 % de la population. Le reclassement semble avoir un effet positif sur la poursuite de l'exercice à temps complet. Il faut noter qu'il n'a pas été recueilli d'informations sur la présence d'aménagement(s) du poste de reclassement pouvant éventuellement avoir une influence sur les absences pour raisons de santé.

- Enfin, dans notre étude, 3 personnes seulement ont changé d'emploi sans période de chômage ou avec un relais immédiat de moins de 3 mois (**reclassement externe**). Dans deux cas sur trois, il n'y a pas eu de changement de secteur d'activité ni de métier, interpellant plutôt sur des conditions de travail possiblement inadéquates dans l'emploi précédent.

⇨ Nos résultats sur les dispositions mises en place pour le maintien dans l'emploi (62,32 % d'aménagements, 22,47 % de reclassements internes et 2,17 % de reclassements externes) sont plutôt en **désaccord** avec la littérature, qu'elle s'intéresse au maintien dans l'emploi après des événements de santé en général ou plus spécifiquement après des atteintes locomotrices.

Hogelund and Holm (75) rapportent, concernant 437 personnes maintenues dans l'emploi après un événement de santé, des modifications mises en place pour 51 % de la population.

Dans leur étude, l'aménagement le plus fréquent concerne la réduction du temps de travail (36 %) puis la modification des tâches (15 %) et les adaptations techniques (13,2 %). Environ 17 % de la population a bénéficié d'un reclassement interne.

Pour Hill *et al*. (88), sur 1 164 personnes, en emploi, déclarant l'apparition de limitations d'activité lors de l'enquête « Health and Retirement Study » auprès de la population générale américaine, seulement 26 % reçoivent un aménagement de la part de leur employeur.

Une autre étude américaine (17), effectuant également le recrutement de sa population par le biais de la « Health and Retirement Study » retrouve, 2 ans après l'apparition d'un handicap locomoteur, chez 1 604 personnes en emploi, des aménagements pour seulement 30 % de la population. La modification des tâches est le type d'aménagement également le plus souvent cité (42 %) puis les horaires de travail (35 %), le temps de travail (31 %) et les aides techniques (13 %). Le reclassement au sein de l'entreprise a concerné 14 % de la population.

D’autres études s’intéressent plus particulièrement aux conditions du maintien dans l’emploi dans le cadre de pathologies à l’origine d’atteinte locomotrice. Les données retrouvées sont par exemple :

- 37,70 % de modifications, pouvant être multiples, des conditions de travail (se répartissant en 50,4 % d’adaptations des tâches, 40,9 % de modifications des horaires de travail, 28,5 % de reclassements internes et 7,3 % de changements de lieu de travail), au sein d’une population française de 364 personnes, en emploi, atteintes de polyarthrite rhumatoïde (78).
- 43,75 % d’aménagements de poste et 12,5 % de reclassements internes dans une population de 16 personnes souffrant d’atteinte articulaire compliquée d’algoneurodystrophie (82).
- environ 46 % d’aménagements de poste (75 % concernant les tâches à effectuer et 25 % le temps de travail) au sein d’une population de 26 patients bénéficiant de la reconnaissance de travailleur handicapé pour une déficience neuromotrice (72).

Les données de la littérature sont ainsi bien inférieures aux 86,96 % de notre population ayant connu des modifications professionnelles suite à l’apparition du handicap.

Il faut dire que, dans la plupart des cas, la population étudiée en situation de handicap n’est pas restreinte aux seuls bénéficiaires de la reconnaissance de travailleur handicapé.

Dans notre population (non représentative de l’ensemble des personnes handicapées comme nous l’avons déjà mentionné), cette reconnaissance, de par les aides qu’elle accorde, a certainement permis un taux d’aménagements de la part des employeurs beaucoup plus conséquent. Un autre élément à souligner est notre proportion importante d’aides techniques ou matérielles (citées par 42,31 % de notre population) comparativement aux autres études. Cela laisse également entrevoir des éventuelles aides financières suite à la RQTH.

Ces données indiquent que, dans notre étude, la reconnaissance de travailleur handicapé a possiblement été une aide à l’aménagement des postes de travail.

⇨ Pour finir sur les dispositions mises en place pour le maintien dans l’emploi, abordons l’**accompagnement spécifique** reçu par les personnes maintenues dans l’emploi au sein de notre étude.

Sur l’ensemble des personnes maintenues dans l’emploi (138 personnes), 54 avaient été orientées vers le SAMETH par la MDPH au moment de la notification RQTH (soit environ 39 % des cas). Il est de pratique, par la MDPH, de réaliser une notification SAMETH en cas d’arrêt maladie prolongé au-delà de 6 mois.

Au moment de l’enquête réalisée 4 ans après, 36 personnes (soit environ 26 % des personnes maintenues dans l’emploi) répondaient ne pas savoir si elles avaient eu un accompagnement particulier et 35 (soit environ 25 %) se souvenaient avoir effectivement été accompagnées par le SAMETH.

Ces résultats sur l'accompagnement questionnent à deux niveaux :

- D'une part sur la suite donnée à la notification « SAMETH ».

Les données provenant de la MDPH de Paris soulignent que si 57 % des personnes déclarent qu'un organisme était mentionné sur la notification, environ 22 % d'entre elles ne le contactent pas (16). Les raisons évoquées sont diverses : le fait de penser que l'organisme allait les appeler, de ne pas savoir comment ou ne pas réussir à le joindre, ne pas être disponible…

- D'autre part, sur la visibilité de l'intervention du SAMETH.

En effet, 26 % de la population ne sait même pas si elle a disposé d'une aide particulière et 25 % seulement a été accompagnée par le SAMETH. Au vu des 62 % de la population ayant eu un aménagement du poste et des 42,31 % ayant bénéficié d'aides techniques ou matérielles, on pouvait s'attendre à un taux d'accompagnement plus élevé.

A noter, cependant, que trois personnes ont signalé avoir bénéficié d'une aide de l'AGEFIPH de leur propre initiative.

- **Recherche de facteurs associés**

Nous avons retrouvé peu de données, dans la littérature, portant précisément sur le maintien dans l'emploi suite à un handicap. Les facteurs étudiés se rapportent souvent à l'emploi en général (maintien ou retour à l'emploi). De plus, la plupart des études se limitent à des analyses descriptives. Nos résultats par analyses multivariées sont donc un point fort.

Dans notre étude, la recherche de facteurs associés au maintien dans l'emploi s'est déroulée par étapes.

Les taux de maintien dans l'emploi selon les caractéristiques générales, médicales et professionnelles de la population, nous ont d'abord orientés sur des éventuels facteurs influençant le maintien dans l'emploi. Nous avons ensuite cherché à démontrer cette association par des analyses univariées puis multivariées.

- Il a été identifié cinq facteurs présentant une association significative avec le maintien dans l'emploi en analyses multivariées.

  ⇨ Parmi eux, trois facteurs sont inhérents à la situation de la personne, laissant peu de possibilités d'intervention :

- L'**établissement public** est un facteur significatif positif de maintien dans l'emploi comparativement au secteur privé. Il présente un taux de maintien dans l'emploi dans notre étude de 93,24 % contre 47,69 % pour les personnes travaillant dans le privé.

C'est une donnée retrouvée dans l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel où les personnes travaillant dans le tertiaire de la fonction publique ont deux fois plus de chance de se maintenir dans l'emploi que celles travaillant dans le tertiaire privé (84).

Pour Barnay *et al.* (12), le handicap a un fort effet pénalisant sur l'emploi privé alors qu'il n'a aucun effet significatif sur l'emploi public, au cours des trois années suivant sa survenue.

Ces résultats sont certainement liés à l'absence de licenciement pour inaptitude médicale pratiqué dans la fonction publique concernant les agents titulaires (au profit des propositions de reclassement ou de retraite pour invalidité).

- L'**ancienneté** de plus de 10 ans dans l'entreprise est également un facteur significatif positif de maintien dans l'emploi. En effet, dans notre étude, le taux de maintien dans l'emploi est d'environ 77 % pour une ancienneté dans l'entreprise supérieure à 10 ans et plus l'ancienneté est courte, plus le taux de maintien dans l'emploi est bas.

C'est une donnée également retrouvée lors de l'étude, uniquement descriptive, des situations de maintien dans l'emploi en Ile-de-France (7) : 72 % de maintien dans l'emploi quand l'ancienneté est supérieure à 11 ans et jusqu'à moins de 55 % lorsqu'elle est de moins de 1 an. L'hypothèse émise est que l'entreprise se mobilise davantage pour un salarié qu'elle connaît depuis plusieurs années. De plus, le coût financier d'un licenciement pour des salariés avec ancienneté peut également jouer en faveur du maintien dans l'emploi. À l'inverse, les publics plus jeunes, sans ancienneté, peuvent décider plus facilement une réorientation professionnelle suite à l'apparition du handicap.

- Les ressources de type **invalidité ou rente** sont un facteur significatif péjoratif de maintien dans l'emploi. Dans notre étude, les personnes ne bénéficiant pas d'une pension d'invalidité ou d'une rente ont un taux de maintien dans l'emploi de 71,43 %. Le taux est abaissé à 47,46 % pour les personnes en bénéficiant.

C'est un résultat attendu puisque corrélé à la sévérité de l'atteinte et aux séquelles fonctionnelles. Mais également, peut-être, à un moindre intérêt (du moins financier) à l'exercice d'une activité professionnelle.

Une enquête canadienne, réalisant également des analyses multivariées, note qu'une personne avec une incapacité très sévère a 2,5 fois plus de chances qu'une personne avec une incapacité légère de ne plus être en emploi l'année suivante (13).

⇨ Nous avons, par contre, la possibilité d'agir sur deux facteurs pour favoriser le maintien dans l'emploi :

- L'**accompagnement par le SAMETH** est ainsi un facteur significatif positif de maintien dans l'emploi. On observe, dans notre étude, un taux de maintien dans l'emploi de 83,34 % pour les personnes ayant bénéficié d'un accompagnement alors qu'il est abaissé à 60,23 % en absence d'accompagnement déclaré.

Cela renforce l'intérêt de l'orientation et de la prise en charge des situations à risque de désinsertion professionnelle par cet organisme.

Nous n'avons cependant pas fait la distinction entre accompagnement et aménagements. Les personnes accompagnées ont le plus souvent bénéficié d'aménagements de leur poste de travail mais l'inverse n'est pas vrai (toutes les personnes ayant eu un aménagement n'ont pas eu d'accompagnement spécifique).

Les données de l'étude, uniquement descriptive, des situations de maintien dans l'emploi en Ile-de-France (7), sont plus globales : le taux de maintien dans l'emploi est de 85 % en présence d'actions ou mesures spécifiques (accompagnement et/ou aménagements) et il est abaissé à 43 % en leur absence.

Nous ne revenons pas sur les études précédemment citées mettant en avant l'efficacité des aménagements de poste sur le maintien dans l'emploi (74,84,88).

Il n'a, par contre, pas été identifié d'autres études démontrant de manière statistiquement significative l'efficacité du SAMETH sur le maintien dans l'emploi.

- L'**arrêt maladie initial** de plus de 2 ans est, à l'inverse, un facteur significatif péjoratif de maintien dans l'emploi. Dans notre étude, quand les personnes n'avaient pas notion d'arrêt maladie dans les deux ans précédant la demande de RQTH, le taux de maintien dans l'emploi est de 78,05 %. Il est de 70 % en présence d'un arrêt maladie initial inférieur à 2 ans et de seulement 44,64 % quand l'arrêt maladie se prolonge au-delà de deux ans.

Cette incidence des arrêts de travail sur le risque de désinsertion professionnelle est confirmée par l'étude réalisée en Ile-de-France. Elle montre un taux de maintien dans l'emploi de 88 % en absence d'arrêt maladie connu, de 62 % si arrêt maladie de moins de 6 mois et de 43 % si arrêt de plus de deux ans (7).

De plus, une étude réalisée par la FNATH, retrouve que les personnes handicapées, suite à un accident, sont significativement plus à risque de rupture professionnelle en cas d'arrêt de travail de trois ans ou plus (79).

Ces taux de maintien dans l'emploi abaissés en cas d'arrêt maladie prolongé peuvent être consécutifs à la sévérité de l'atteinte comme vu précédemment. Mais ils peuvent aussi être liés à l'arrêt maladie lui-même, avec un sentiment de rupture avec le milieu professionnel et une reprise de travail de plus en plus difficile avec le temps. L'intérêt de la visite de pré-reprise avec le médecin du travail est dans ce cas manifeste pour préparer la reprise de travail. Elle est obligatoire pour tout arrêt supérieur à trois mois et toujours possible avant.

La revue de Palmer *et al*. (74), consacrée à l'efficacité de différentes interventions sur le maintien dans l'emploi de personnes souffrant de troubles musculo-squelettiques, va même plus loin en démontrant que les avantages des interventions sont significativement plus grands chez les salariés ayant eu un arrêt maladie initial inférieur à 3 mois.

- Il n'a pas été démontré d'association significative avec le maintien dans l'emploi en analyses multivariées concernant tous les autres facteurs.

  - ⇨ Plusieurs facteurs semblent effectivement n'avoir aucun impact sur le maintien dans l'emploi :

- En effet, dans notre étude, le taux de maintien dans l'emploi ne diffère guère selon le **sexe** (66,67 % pour les femmes, 63 % pour les hommes).

Cela est également retrouvé dans la littérature (7,13,84).

A noter, cependant, une étude mentionnant que, en présence d'aménagement, le maintien dans l'emploi est significativement plus important chez les hommes ayant un handicap locomoteur comparativement aux femmes (17).

Une autre étude montre que les femmes souffrant de spondylarthrite ankylosante sont plus à risque que les hommes de quitter leur emploi (89).

- Selon nos résultats, plusieurs **variables relatives au handicap locomoteur** n'influencent, à priori, pas le futur maintien dans l'emploi.

Les différents types d'atteinte locomotrice (axiale, motrice, mécanique, altération de membre ou viscérale à retentissement locomoteur) présentent des taux de maintien dans l'emploi similaires et ces variables ne ressortent pas significatives en analyses uni ou multivariées.

Nous n'avons pas mis en évidence non plus de différence significative selon la localisation de l'atteinte (membre inférieur et/ou supérieur, localisation axiale pure), l'ancienneté du handicap au moment de la demande de RQTH, l'existence d'une autre atteinte locomotrice associée ou l'existence d'une autre déficience associée à la déficience locomotrice.

De plus, l'interprétation des taux de maintien dans l'emploi selon les pathologies à l'origine du handicap locomoteur est difficile car les effectifs sont faibles et n'ont pas permis la réalisation des analyses statistiques.

De par l'absence d'études spécifiques sur le maintien dans l'emploi des personnes handicapées locomotrices retrouvées dans la littérature, nous ne disposons pas d'éléments pour comparer ces résultats.

- De même, dans notre étude, le taux de maintien dans l'emploi varie peu selon la **notification au SAMETH** par la MDPH au moment de l'attribution de la RQTH. Il est de 67,5 % lorsque cette notification est réalisée et de 63,16 % en son absence.

En effet, si l'accompagnement par le SAMETH est un facteur positif de maintien dans l'emploi, nous avons vu que la notification par la MDPH n'est pas synonyme d'un accompagnement réel futur par l'organisme. Cette pratique demanderait donc à être optimisée (les pistes de réflexion pouvant être la réalisation de rappels par courrier, prise de contact ou mise en place de relais…).

⇨ Pour d'autres facteurs, les taux de maintien dans l'emploi observés et les données de la littérature orientent, cependant, vers une possible association.

La différence entre les deux groupes (maintenus ou non maintenus dans l'emploi), si elle existe, n'est cependant pas suffisante pour ressortir significative dans notre étude.

Les explications peuvent être le faible effectif de notre étude (manque de puissance), l'existence de biais de confusion, les regroupements effectués pour les analyses statistiques ou encore une carence du recueil de données liée à son caractère rétrospectif.

De plus, certaines variables s'exercent un effet mutuel à l'origine d'un biais que les analyses multivariées permettent d'éviter.

- Dans notre étude, les taux de maintien dans l'emploi sont, par exemple, différents selon la **personne à l'initiative de la demande de RQTH** mais de manière non significative. Le taux est surtout plus faible quand la demande est à l'origine du médecin conseil ou plus largement de la Sécurité sociale.

C'est également le cas pour les signalements, dans le cadre du PDITH en région parisienne, des situations à risque de désinsertion professionnelle (7).

Ce résultat peut être lié à la sévérité de l'atteinte sous-jacente (demande de pension d'invalidité en cours) ou à la durée de l'arrêt maladie initial (demande de la Sécurité sociale d'arrêt de versement des indemnités journalières).

- Dans notre étude, plus l'**âge** est élevé au moment de l'apparition du handicap, plus le taux de maintien dans l'emploi est également élevé. Effectivement, nos taux de maintien dans l'emploi augmentent progressivement avec l'avancée en âge jusqu'à environ 83 % au-delà de 55 ans.

L'étude des situations de maintien dans l'emploi en région parisienne (7), retrouve des chiffres similaires, en se basant sur la même définition du maintien dans l'emploi.

Cependant, d'une part, ce résultat est biaisé par les personnes arrivant au terme de leur activité professionnelle et sortant de l'emploi pour retraite ou préretraite. Il aurait été intéressant, pour ces personnes-là, de faire la distinction entre celles ayant repris leur activité professionnelle et celles ayant été en arrêt maladie jusqu'à l'âge de la retraite.

D'autre part, nos analyses statistiques approfondissent la réflexion car l'âge de plus de 50 ans est un facteur significatif de maintien dans l'emploi en analyses univariées mais pas en analyses multivariées. Ainsi, l'effet ne semble pas lié à l'âge en lui-même mais plutôt à l'ancienneté dans l'entreprise qui en découle avec ses explications propres (voir supra).

- Nous n'avons pas trouvé de différence significative sur le maintien dans l'emploi selon le **niveau de formation** de la personne handicapée, alors que le rôle protecteur d'un niveau de formation élevé sur le maintien ou le retour à l'emploi après handicap, est abordé dans la littérature (7,12,13,17,73,89). Peut-être est-ce dû à un effectif nettement moindre que les études citées qui portent sur 5 000 personnes en moyenne.

Selon l'enquête européenne de 2009 (47), il existe une forte corrélation entre handicap, emploi et niveau de formation. Chez les personnes de faible niveau d'éducation, 20 % seulement des personnes handicapées seraient en emploi et 62 % pour les personnes non handicapées. Pour les personnes avec un niveau d'éducation plus élevé, 48 % seraient en emploi parmi les personnes handicapées et 85 % parmi les personnes sans handicap.

- Dans notre étude, les taux de maintien dans l'emploi observés sont plus importants pour les **catégories socio-professionnelles** supérieures (52,56 % pour les ouvriers, 69,05 % pour les employés et 72,50 % pour les professions intermédiaires) sans que ce résultat soit significatif en analyses multivariées.

Deux études constatent la même tendance mais l'une est uniquement descriptive (7) et l'autre également non significative (84).

Concernant les personnes handicapées suite à un accident, l'enquête de la FNATH montre, par contre, de manière significative, que le fait d'être ouvrier est une caractéristique aggravant le risque de rupture professionnelle (79).

- La différence entre les **secteurs d'activité professionnelle** est significative lors de nos analyses univariées mais pas en analyses multivariées orientant vers une interaction avec l'établissement privé ou public (taux de maintien dans l'emploi plus élevé pour les services administratifs et le secteur médico-social qui sont fortement représentés dans la fonction publique).

- Enfin, l'impact de l'**origine du handicap** sur le maintien dans l'emploi est incertain. De notre côté, nous trouvons peu de variation selon l'origine professionnelle ou accidentelle avec, cependant, un taux de maintien dans l'emploi plus faible pour les accidents du travail.

Dans la littérature, pour une étude, ce sont les maladies professionnelles qui affichent un taux de maintien dans l'emploi plus bas (7), tandis que, pour d'autres, ce sont les maladies de manière générale qui sont plus pénalisantes sur l'emploi comparativement aux origines accidentelles (12,76).

4.4 DISCUSSION : CONDITIONS DE TRAVAIL ET RESSENTI PROFESSIONNEL AVEC COMPARAISON A LA LITTERATURE

➢ Conditions de travail

A la différence de la présentation des résultats, nous discutons, ici, les conditions de travail de l'ensemble de notre effectif interrogé en activité (qu'il ait conservé son emploi initial ou retrouvé un emploi).

- Concernant le **temps de travail**, il faut souligner que plusieurs études internationales, réalisant un suivi de population après apparition d'un handicap, mettent en exergue la diminution des heures travaillées (9–11,14,17,44,45,77).

En France, dans l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel (15), 13 % des personnes reconnues handicapées ayant subi un impact professionnel autre que l'invalidité déclarent une réduction de leur temps de travail.

Dans notre étude, le temps partiel concerne 21,71 % de la population et est présent pour raisons de santé dans plus de 75 % des cas. Le temps de travail exercé est, le plus souvent, un taux de 50 à 80 % (30 % des cas).

- C'est un résultat retrouvé dans une enquête européenne de 2011 (48), où les personnes ayant déclaré avoir des limitations d'activité étaient plus susceptibles que les autres d'être employées à temps partiel (26 % contre 18 %) et la raison de santé était la première évoquée.

- Aux Etats-Unis (1), 44 % des travailleurs handicapés ont un emploi occasionnel ou à temps partiel, contre seulement 22 % chez les travailleurs non handicapés. Leur taux de temps partiel est supérieur mais l'intégration du travail occasionnel parmi le temps partiel ne permet pas une juste comparaison.

- En France, lors de l'enquête Handicap-Santé de 2008 (90), 25 % de la population en emploi bénéficiant de l'OETH exerçait à temps partiel mais, contrairement à nos résultats, majoritairement à mi-temps (30 % des cas). La raison de santé était également la première évoquée mais ne concernait que 38 % de la population.

Une autre enquête française de 2013 récoltait des données spécifiquement sur les personnes reconnues travailleurs handicapés avec un temps partiel intéressant 24 % de la population (50).

L'enquête emploi de 2015 (23), auprès des personnes déclarant une reconnaissance administrative de leur handicap, retrouvait une part plus importante de temps partiel (32 % de la population), avec, comme dans notre étude, un temps de travail de 50 à 80 % majoritaire (30 % des cas).

- Au sein de notre population maintenue dans l'emploi, comme nous l'avons précisé précédemment, il y a eu une **modification des conditions de travail** dans 86,96 % des cas (environ 62 % d'aménagements de poste, 22 % de reclassements internes et 2 % de reclassements externes).

Pour les personnes ayant un nouvel emploi, nous retrouvons 39,53 % d'aménagements de poste, le plus souvent multiples car aménagements des tâches pour 64,71 % de la population, de type technique ou matériel pour 47,06 %, des horaires de travail pour 35,29 %, du temps de travail pour 11,76 % et du lieu de travail pour 5,88 %.

Selon l'enquête européenne de 2011 (48), la proportion de personnes travaillant au domicile, (généralement ou parfois), est plus élevée parmi les personnes handicapées (15 %) que parmi la population générale en emploi (13 %).

- Au moment de notre enquête, 19,74 % de la population interrogée en activité était en **arrêt maladie**. Il s'agissait, le plus souvent, d'un arrêt relativement court (inférieur à 6 mois dans plus de 43 % des cas). Cependant, 20 % des arrêts duraient depuis plus d'un an et près de 20 % supplémentaires depuis plus de 2 ans.

Parallèlement, parmi les personnes n'étant pas en arrêt maladie au moment de notre enquête, 40 % d'entre elles avaient été absentes pour raisons de santé au cours de l'année précédente et, le plus souvent, sur une période de 16 à 30 jours (31,25 % des cas).

L'enquête Handicap-Santé de 2008 (90), retrouvait, de la même manière, 39 % d'absences pour raisons de santé au cours des 12 derniers mois mais avec plus de 23 % d'absences de plus de 61 jours.

Ce taux d'absences, nettement supérieur au nôtre, peut être mis en parallèle avec leur taux d'aménagements, nettement inférieur à celui observé dans notre étude (seulement 20 % de leur population déclare un aménagement ou une adaptation des conditions de travail).

- Dans notre étude, **l'employeur était informé** du statut de travailleur handicapé dans environ 88 % des cas. Comme 7 personnes (soit environ 5 % de la population) avaient un statut d'indépendants, seulement 7 % de la population n'avait ainsi pas informé leur employeur. La déclaration à l'employeur est facultative et appartient à la personne concernée.

Dans l'enquête exploitant les données de la MDPH de Paris, seulement 26 % des personnes en emploi ont déclaré leur statut à leur employeur (16).

Cette divergence peut provenir du fait que leur enquête englobe l'ensemble des déficiences à l'origine du handicap. Peut-être qu'un handicap psychique, par exemple, est vécu comme plus stigmatisant et la personne ne souhaite pas en informer son employeur. De plus, dans le cadre du handicap locomoteur, la RQTH peut être plus aisément une aide à l'aménagement des postes de travail et nécessite dans ce cas l'information et la participation de l'employeur.

- **Ressenti professionnel**

- Dans notre étude, pour les personnes ayant été maintenues dans l'emploi, le taux de **satisfaction professionnelle** est de 76,09 % (44,93 % de la population « tout à fait satisfaite » et 31,16 % de la population « plutôt satisfaite »). Par contre, 23,91 % de la population est insatisfaite (13,04 % «plutôt insatisfaite» et 10,87 % «tout à fait insatisfaite»).

Il est intéressant de remarquer que, d'après nos résultats, le taux de satisfaction varie selon les conditions du maintien dans l'emploi.

Il est, par exemple, seulement de 38,89 % en cas de maintien au même poste de travail sans aménagement. A l'inverse, il augmente à 81,40 % lors de l'aménagement du poste de travail et à 83,87 % pour les personnes ayant bénéficié d'un reclassement interne.

De même, nos données montrent qu'en cas d'accompagnement reçu dans le cadre du maintien dans l'emploi, le taux de satisfaction est augmenté à 89,74 %, contre 70,71 % en absence d'accompagnement.

En outre, le taux de satisfaction semble diminuer avec l'âge au moment de l'apparition du handicap locomoteur (seulement 62,86 % pour les personnes devenues handicapées à plus de 55 ans) pouvant évoquer une fin d'activité difficile impactant négativement et durablement le vécu professionnel.

Enfin, le taux de satisfaction est plus bas, à 66,67 %, pour les trois personnes concernées par le reclassement externe (nouvel emploi dans une autre entreprise sans période de chômage ou inférieure à 3 mois). De manière similaire, il est aux alentours de 70 % pour les personnes sorties de l'emploi initial mais ayant retrouvé un emploi, orientant tout de même vers un vécu professionnel ébranlé par le changement d'emploi.

Dans la littérature, l'observatoire « QualiTHravail », qui interroge la qualité de vie au travail des personnes en situation de handicap en France, souligne également un score supérieur en présence d'aménagement du poste de travail (91).

De plus, il est retrouvé que, de manière générale, de par les difficultés professionnelles engendrées par leur handicap, les personnes handicapées présentent une satisfaction professionnelle inférieure à la population générale (14,45).

Dans l'enquête française Santé et Itinéraire Professionnel (15), 21 % des personnes bénéficiant de l'obligation d'emploi s'estiment non satisfaites de leur itinéraire professionnel contre 10 % des personnes sans handicap.

Enfin, selon Sloane *et al*. (10), le handicap a un impact négatif sur la satisfaction professionnelle maximum trois ans après son apparition.

- A propos de l'**utilisation de la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé**, les réponses pouvaient être multiples.

Dans notre étude, au sujet des personnes maintenues dans l'emploi, 55,07 % d'entre elles ont déclaré que la RQTH avait été une aide pour l'aménagement de leur poste de travail. Cela ne se recoupe pas totalement avec le taux d'aménagement, car 62 % de la population aurait bénéficié d'aménagements du poste de travail. D'après ces chiffres, certains aménagements n'auraient ainsi pas nécessité l'appui de la RQTH.

Parmi les utilisations de la RQTH, viennent ensuite, pour ne citer que les principales, l'aide technique ou matérielle (39,86 % de la population), la reconnaissance du handicap (36,23 %), l'aide au maintien dans l'emploi (34,78 %), l'aide au reclassement (19,57 %) et l'aménagement des horaires (17,39 %).

Environ 15 % de la population n'a, cependant, déclaré aucune utilité de la reconnaissance de travailleur handicapé.

Bien que les effectifs soient plus faibles pour les personnes exerçant une nouvelle activité professionnelle, dans notre étude, la RQTH a été utile pour plus de la moitié (53,49 %) dans le cadre d'une reconversion professionnelle. Dans le même sens, 41,86 % de la population la cite comme aide pour l'accès aux formations. Par contre, pour 9 personnes (soit plus de 20 % de la population), elle n'a été d'aucune utilité pour rebondir sur un nouvel emploi.

Cela rejoint les données de la MDPH de Paris où, parmi les personnes en recherche d'emploi, 79 % ont mentionné le statut de travailleur handicapé lors de leur inscription à Pôle emploi et 21 % n'en ont pas fait état (16).

- Enfin, de nombreux **commentaires** et remarques ont été recueillis sur le vécu professionnel en tant que travailleur handicapé. Il a été choisi de ne pas utiliser d'échelle pour évaluer ce vécu professionnel pour ne pas alourdir un questionnaire déjà long.

Il s'agissait d'une question finale ouverte où les commentaires, se rapportant à différents domaines, pouvaient être développés. Nous avons, cependant, été surpris par l'ampleur des remarques, témoignant d'un besoin pour les personnes de s'exprimer sur leurs difficultés professionnelles.

De plus, notre sujet étant centré sur le maintien dans l'emploi, nous n'avons pas analysé le ressenti des personnes sorties de l'emploi et non actives. Il faut envisager que, compte tenu de leur probable échec professionnel, le ressenti serait certainement plus négatif que celui que nous décrivons ci-après.

Les données de la littérature au sujet du vécu professionnel des travailleurs handicapés sont nombreuses et d'origines diverses comme par exemple les enquêtes nationales françaises ou étrangères sur l'emploi des travailleurs handicapés ou les enquêtes réalisées par des associations ou fondations d'aide aux personnes handicapées… Les ressentis collectés dans le cadre de ces différentes enquêtes sont globalement similaires aux nôtres.

- Les commentaires les plus souvent développés dans notre étude sont en rapport avec les **conditions de travail** (citées par plus de 89 % des personnes interrogées).

Les remarques positives concernaient une légère majorité de la population : satisfaction des aménagements du poste de travail, reclassement sur poste adapté, bon accompagnement ou encore nouveau poste adapté. Mais, près de 45 % de la population, exprime, au contraire, des difficultés à propos des conditions de travail avec notamment un manque d'accompagnement, des difficultés avec les cadences de travail ainsi que les exigences de rapidité et de rentabilité, des aménagements inexistants ou insuffisants ou des restrictions médicales non respectées ou difficilement.

Les ressentis liés au manque d'aménagement et aux difficultés avec les exigences de travail sont retrouvés dans trois autres enquêtes. Certains salariés interrogés ont déclaré que le niveau d'exigences des employeurs restait le même et que peu d'entreprises investissent dans des aménagements pour permettre à leur personnel de poursuivre leur activité en cas de problème de santé (92). Il est vrai, d'une part, que certains secteurs d'activité sont difficilement aménageables et, d'autre part, qu'un aménagement représente un coût, que les petites entreprises ne peuvent parfois pas se permettre, malheureusement parfois aux dépens d'un « coût humain ».

Dans une autre étude, les salariés reconnaissent que le marché du travail est soumis à des normes spécifiques de productivité, d'efficacité, de rendement et d'organisation auxquelles ils se trouvent confrontés (93). D'autres, s'accordent à dire que les besoins liés à l'aménagement du poste ne sont pas toujours compris par les employeurs, soit par méconnaissance du handicap ou des dispositifs existants, soit par manque de volonté (94).

- Le deuxième domaine qui nous était le plus souvent nommé concernait les **difficultés personnelles** (citées par 52,49 % de la population interrogée). Les principales remarques sont, par ordre de fréquence : le maintien dans l'emploi au prix d'efforts conséquents, le sentiment d'échec suite à de nouveaux arrêts maladies, l'acceptation personnelle difficile des incapacités et du handicap, la peur de pénaliser les collègues de travail, la perte d'intérêt du travail suite au poste adapté ou de reclassement, le deuil difficile du métier initial et la précarité des emplois exercés.

Derrière « la perte d'intérêt du travail suite au poste adapté ou de reclassement » était exprimé un sentiment de rétrogradation, de « mise au placard ».

Cette donnée interpelle car dans nos résultats sur le maintien dans l'emploi, quand la catégorie socio-professionnelle change, il s'agit dans 81,25 % des cas d'une augmentation vers une catégorie supérieure.

Dans le cadre du handicap locomoteur, on conçoit d'ailleurs facilement une évolution d'un poste physique et manuel vers un poste d'encadrant ou de formateur. Peut-être le sentiment de rétrogradation touche plutôt les personnes reclassées sans changement de catégorie socio-professionnelle mais sur des postes jugés moins intéressants.

En outre, dans notre enquête, huit personnes nous ont indiqué l'importance du travail comme lien social.

C'est un paramètre qui revient dans plusieurs autres études (92,93,95,96), à la fois pour conserver des relations professionnelles mais aussi pour maintenir un revenu financier et éviter l'isolement social.

Dans son enquête, la FNATH recueillait également des témoignages de difficultés personnelles rencontrées par les personnes devenues handicapées en lien avec le cumul de problèmes de santé et de leurs répercussions financières et sociales (79).

- Etaient ensuite cités par plus de la moitié de notre population (50,28 %), **les rapports hiérarchiques et entre collègues de travail**.

Les remarques sont positives (comme, par exemple, la bonne compréhension de l'employeur et le soutien des collègues de travail) pour une légère majorité des personnes maintenues dans l'emploi. Par contre, les remarques sont négatives pour 47 % des personnes maintenues dans l'emploi et pour plus de 63 % des personnes interrogées ayant été en rupture professionnelle. Les commentaires exprimés sont principalement la non reconnaissance des difficultés et du handicap, surtout lorsque celui-ci est invisible, et les sentiments ressentis d'exclusion, mise à l'écart, stigmatisation ou culpabilisation. De plus, dans notre enquête, neuf personnes font état d'un ressenti de confusion par l'employeur entre le handicap, les compétences et la motivation au travail.

Dans la littérature, l'observatoire « QualiTHravail » met en avant que le principal levier pour la qualité de vie au travail des travailleurs handicapés est l'acceptation par le responsable hiérarchique et les collègues de travail (91).

Le sentiment d'être incompris par les responsables ou les collègues de travail lorsque l'on est victime d'un handicap peu visible comme des douleurs chroniques a été retrouvé dans une autre enquête (96).

Enfin, concernant la dernière remarque sur le « ressenti de confusion entre handicap, compétences et motivation », le rapport de l'OMS sur le handicap (1) relève également l'existence de préjugés sur les aptitudes professionnelles des personnes handicapées. Une étude portugaise souligne que la personne pourvue d'un quelconque « dysfonctionnement » ou « limitations » est vue, par les employeurs, comme un obstacle à la productivité et l'efficacité de l'entreprise (95). Enfin, dans une autre enquête, des salariés handicapés en recherche d'emploi ont confié ne se voir proposer que des postes de bas niveau de qualification malgré l'expérience, les compétences et la stabilisation de leur état de santé (94).

- Dans notre étude, le thème suivant, par ordre de fréquence, porte sur les divers **dispositifs et démarches** (évoqués par 40,88 % des personnes interrogées).

Parmi les personnes maintenues dans l'emploi, les principales remarques étaient : la lenteur des démarches et la longue attente des aménagements, la question du renouvellement de la reconnaissance de travailleur handicapé en cas d'amélioration clinique ou de poste adapté ainsi qu'une fin de carrière difficile en lien avec une date de départ en retraite repoussée.

Pour les personnes ayant été en rupture professionnelle, les remarques citées étaient majoritairement positives (57,89 % des cas) et signalaient que la RQTH avait été une aide à la recherche d'emploi via l'accompagnement reçu ou l'accès aux formations. Mais dans plus de 40 % des cas, par contre, étaient mentionnés des commentaires négatifs comme l'absence d'accompagnement à la recherche d'emploi ou un emploi trouvé seul, une formation ou une reconversion de réalisation difficile, également la lenteur des démarches et au contraire l'impact négatif de la RQTH sur la recherche d'emploi…

La remarque sur « l'impact négatif de la RQTH sur la recherche d'emploi » évoque une perception de discrimination à l'emploi mise en évidence dans d'autres études (13,44,93–95).

Les critiques envers les dispositifs d'accompagnement pour l'accès à l'emploi et aux formations sont également fréquentes dans la littérature (92–94,96). Il est question d'un accès difficile à la formation, d'un diplôme initial ne permettant pas d'accéder à des formations débouchant sur des activités autres que manuelles ainsi que d'un manque d'accompagnement ou d'une insatisfaction vis-à-vis de celui-ci [63 % d'insatisfaction retrouvée dans une enquête française (94)].

Enfin, la remarque sur l'utilité du renouvellement de la RQTH en cas d'amélioration clinique ou de poste adapté chez les personnes maintenues dans l'emploi fait le lien avec l'inquiétude pour l'avenir. En effet, les personnes ayant eu une amélioration clinique grâce aux aménagements mis en place expriment une crainte importante de perte de ces acquis en cas de perte du statut de travailleur handicapé. Cependant, selon la définition du handicap, l'absence de limitation fonctionnelle dans les nouvelles conditions de travail, ne justifie effectivement peut-être pas le renouvellement de ce statut.

- Viennent ensuite, dans notre étude, les remarques ayant pour thème **l'inquiétude vis-à-vis du changement, de l'évolution ou de l'avenir** (exprimées par 23,76 % de la population interrogée) comprenant la peur de perdre les acquisitions, les aménagements ou le poste de reclassement, la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé comme protection pour l'avenir si besoin, la peur de perdre son emploi et les difficultés d'évolution professionnelle.

Dans le même sens, l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel, montre que les ayants droit à l'OETH sont 14 % à avoir peur de perdre « toujours ou souvent » leur emploi contre 8 % pour les non ayants-droit (15).

Dans une autre étude, les discours des salariés sont empreints de fortes inquiétudes liées aux nombreuses incertitudes concernant à la fois l'évolution de leur état de santé avec le vieillissement et également leur avenir au travail (92).

De plus, la difficulté d'évolution professionnelle est une notion récurrente dans les études sur le vécu professionnel des personnes handicapées (91,96). Cette difficulté renvoie aux autres déjà mentionnées, notamment sur les cadences de travail et les exigences de rapidité et de rentabilité ainsi que les préjugés des employeurs sur les aptitudes professionnelles des personnes handicapées.

- Enfin, le **manque d'information ou d'explication** était mentionné par environ 16 % de notre population interrogée.

Les principaux commentaires étaient l'incompréhension du refus de certaines prestations comme les cartes de mobilité inclusion ou les aides financières et le manque d'information sur les droits des personnes handicapées et les démarches.

Cette méconnaissance par les salariés concernés des outils, acteurs et procédures destinés à favoriser la poursuite de l'activité professionnelle est signalée dans deux autres enquêtes (92,95).

4.5 LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

- Le choix de la population étudiée est soumis à un **biais de sélection**.

En amont, nous avons néanmoins restreint les critères d'inclusion pour inclure la totalité des premiers accords de RQTH de la Vienne en 2013, pour un handicap locomoteur, orientés « maintien dans l'emploi ».

Sur les 352 personnes incluses dans l'étude, 213 ont accepté de participer à l'enquête 4 ans après, soit un taux de réponses de 60,5 %. L'analyse de la population initiale et de la population répondeuse montre des caractéristiques comparables concernant l'âge, le sexe et le taux d'incapacité.

Nous avons, cependant, un nombre important de **non-réponses** à l'origine de biais :

- personnes perdues de vue du fait du suivi de quatre ans,
- personnes décédées,
- personnes refusant de participer à l'enquête pouvant présenter des caractéristiques différentes de celles acceptant de participer (la raison de santé étant d'ailleurs évoquée comme motif de refus).

Nous ne pouvons pas affirmer que la population ayant répondu à l'enquête est totalement représentative de la population incluse. De plus, nous n'avons pas pu inclure les perdus de vue dans les analyses statistiques.

Enfin, notre population étudiée est hétérogène en termes de caractéristiques médicales et professionnelles.

- Le recueil de données est à l'origine de **biais d'information et de classement**.

L'outil analytique utilisé, à savoir un questionnaire original et non validé, peut manquer de précisions pour certaines données et constituer un **biais de mesure**.

Le caractère rétrospectif et déclaratif des réponses rend les résultats soumis aux **biais de mémorisation et de déclaration**. Nous avons tenté de limiter ce biais en recoupant une partie des informations avec les données présentes au sein des dossiers médico-administratifs.

De plus, même si une seule et même personne a réalisé l'enquête téléphonique, quatre personnes ont répondu par courrier électronique lors d'une relance.

- La recherche de facteurs associés au maintien dans l'emploi est soumise à des **biais de confusion** liés aux différentes caractéristiques générales, médicales et professionnelles de la population.

C'est un point fort d'avoir pu obtenir un effectif suffisant pour la réalisation d'analyses multivariées. Cependant, l'effectif reste faible et, d'une part, affaiblit la puissance de l'étude et d'autre part, n'a pas permis l'analyse de certains facteurs ou a nécessité des regroupements pour d'autres. Les regroupements effectués pour certaines analyses statistiques peuvent conduire à des biais de confusion résiduels.

Les facteurs associés au maintien dans l'emploi doivent donc être interprétés avec précaution.

- Concernant les limites, le **schéma de l'étude** en est la principale : il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et unicentrique de faible niveau de preuve scientifique.

Parmi les autres limites, qui découlent en parti du schéma, nous pouvons penser à l'**absence de certaines données** qui, au vu de la littérature, auraient pu apporter de nouveaux éléments aux résultats de cette étude :

- L'analyse des situations de travail initiales, lors de la demande de RQTH, en terme notamment de facteurs de risques psychosociaux (intensité, complexité et exigence du travail, autonomie, rapports sociaux…) n'a, par exemple, pas pu être réalisée.

En effet, ces renseignements manquaient au moment de la demande et le caractère rétrospectif ne permettait pas de récolter ces données subjectives, à distance, de manière pertinente.

C'est une limite de l'étude car, dans la littérature, l'impact de ces facteurs sur le maintien dans l'emploi des personnes handicapées est discuté (73,81,84,89,97).

- De plus, nous n'avons pas évalué les différences de maintien dans l'emploi selon les pathologies à l'origine du handicap locomoteur, les métiers exercés et les taux d'incapacité attribués par la MDPH car nos effectifs correspondant n'étaient pas suffisants.

- Enfin, le ressenti professionnel des personnes sorties d'emploi et inactives au moment de l'enquête, a été recueilli mais non analysé car il a été choisi de cibler le ressenti des personnes en emploi. Il faut considérer que compte tenu de leur vécu d'échec professionnel, leur ressenti aurait été plus négatif que celui décrit.

4.6 PERSPECTIVES

Les perspectives pour l'avenir doivent intégrer l'augmentation du nombre de personnes handicapées dans le monde, le risque de handicap augmentant avec l'âge et la population mondiale vieillissant à un rythme sans précédent (1). A cela s'ajoute une hausse mondiale des maladies chroniques (1). Selon une enquête européenne, la France occupe, de plus, une place très moyenne concernant l'état de santé de ses quinquagénaires comparativement aux autres pays européens (98).

En parallèle, la disponibilité plus tardive des prestations de retraite amène cette population vieillissante et, de fait, plus à risque d'être en situation de handicap notamment locomoteur (accumulation d'événements de santé, pathologies d'usure…) à rester plus longtemps sur le marché du travail (99).

Le maintien dans l'emploi des personnes handicapées est ainsi plus que jamais un réel enjeu, au vu, de plus, de la conjoncture économique actuelle. Dans ce contexte, l'actualité française juridique et politique oscille entre élargissement, pour les employeurs, des moyens permettant de s'acquitter de l'obligation d'emploi, comme par exemple avec la loi Macron de 2015 (100), et renforcement des dispositifs en faveur des personnes handicapées, comme par exemple l'engagement national pour l'emploi des personnes handicapées du 12 juillet 2018 (101).

En tout état de cause, notre étude s'intègre dans une réflexion globale sur la recherche de leviers permettant de favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées. Son caractère rétrospectif ne permet pas de se prononcer formellement sur les facteurs prédictifs de maintien dans l'emploi mais elle permet, néanmoins, de relever quelques pistes de réflexion.

- Nous avons, en effet, noté l'importance de l'accompagnement par le SAMETH pour le maintien dans l'emploi mais aussi l'amélioration attendue sur certains aspects.

Au premier niveau, la notification « SAMETH » par la MDPH est peu efficace puisque souvent non suivie d'un accompagnement réel et demanderait à être optimisée (rappels par courrier, prise de contact ou mise en place de relais avec le service de santé au travail…).

On retrouve, de plus, une certaine méconnaissance des salariés vis-à-vis des dispositifs et un manque de visibilité des interventions. Des améliorations seraient à faire en termes de communication et de simplification des démarches.

En ce sens, auparavant distincts, les organismes Cap Emploi et SAMETH sont regroupés, avec un même statut, sous l'appellation « Prométhée » depuis le 1er Janvier 2018 (102). L'intégration des SAMETH vise à la fois à rendre plus lisible le service rendu, mais aussi à sécuriser d'autant plus les parcours professionnels en gérant les transitions professionnelles.

- Par ailleurs, nous retrouvons un impact négatif de l'arrêt maladie initial prolongé sur le maintien dans l'emploi.

Ainsi, la notification « SAMETH » par la MDPH demanderait à être faite également pour les arrêts plus courts (à ce jour uniquement pour les arrêts supérieurs à 6 mois).

De plus, le relais avec les services de santé au travail est primordial pour éviter les situations de rupture avec le milieu professionnel. Il est nécessaire de promouvoir la visite de pré-reprise auprès des salariés concernés mais aussi des médecins généralistes et médecins conseil pouvant en être à l'initiative. L'intégration des médecins du travail au sein des services de rééducation ou de traitement de la douleur, ou, a minima, leur participation aux réunions pluridisciplinaires est également à développer pour aborder le devenir professionnel au plus tôt.

Enfin, sans avoir été l'objet de notre étude, au sein de notre population reconnue en tant que travailleurs handicapés, cette reconnaissance semble avoir été une aide au maintien dans l'emploi en favorisant les aménagements de poste et en permettant un accompagnement spécifique. Il serait néanmoins souhaitable d'évaluer de manière indépendante leur impact propre à chacun (reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, aménagements et accompagnement) pour pouvoir conclure.

L'ensemble de ces résultats, et en particulier ceux sur les facteurs associés au maintien dans l'emploi, nécessiteraient d'être confirmés par une étude prospective, avec composition de groupes de caractéristiques distinctes, développée sur un échantillon plus important et idéalement multicentrique.

SYNTHESE

Cette étude est le fruit d'un long travail de recueil de données, tout particulièrement lors de l'enquête téléphonique. La durée des entretiens téléphoniques et les nombreuses remarques émises par les personnes interrogées sur leur situation professionnelle, révèlent un réel besoin de s'exprimer sur ce sujet. Malgré les quatre années passées depuis l'apparition du handicap locomoteur, l'impact de celui-ci sur le vécu professionnel est toujours très présent.

Effectivement, au vu de l'ensemble des commentaires portés à ma connaissance, plusieurs éléments semblent peser dans la balance concernant leur ressenti professionnel.

En faveur d'un bon vécu professionnel, sont retrouvés l'acceptation et le soutien des collègues de travail et de la hiérarchie, les aménagements ou reclassements effectués ainsi que l'accompagnement réalisé et l'information reçue sur les dispositifs existants.

Les exigences de travail (productivité, rapidité, rentabilité), la stigmatisation par les collègues ou la hiérarchie, les difficultés d'évolution professionnelle et l'acceptation difficile, par la personne elle-même, de ses limitations sont par contre source d'un mal-être professionnel.

Concernant les facteurs associés au maintien dans l'emploi, de manière attendue, l'arrêt maladie initial prolongé et les ressources de type pension d'invalidité ou rente présentent une association négative avec le maintien dans l'emploi.

Sont, par contre, moins décrits dans la littérature, la nette différence de maintien dans l'emploi entre le secteur privé et public au profit de la fonction publique ainsi que le bénéfice de l'ancienneté dans l'entreprise.

A propos du SAMETH, l'étude met en évidence les faiblesses de la notification réalisée par la MDPH au moment de la RQTH, qui n'est pas synonyme d'un accompagnement réel futur. Lorsque l'accompagnement est réalisé, il est par contre significativement associé au maintien dans l'emploi et doit ainsi être développé.

Enfin, au sein de notre population étudiée, la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé semble avoir été une aide au maintien dans l'emploi, en favorisant les aménagements de poste et en permettant un accompagnement spécifique. Toutes les personnes handicapées ne bénéficiant pas de cette reconnaissance, les résultats sur la proportion de maintien dans l'emploi et de dispositions mises en place sont indicatifs et possiblement peu représentatifs d'une population handicapée plus large.

CONCLUSION

Au cours de cette étude, nous nous sommes intéressés à une cohorte de 352 personnes, en emploi en CDI, ayant présenté un handicap locomoteur à l'origine d'une 1ère RQTH, par la MDPH de la Vienne, en 2013. Cela a permis de mettre en lumière les caractéristiques de cette population, lors de la demande de RQTH, puis 4 ans après, lors de la réalisation d'une enquête téléphonique récoltant les réponses de 213 personnes (soit un taux de participation de 60,5 %).

Au sein de la population observée, nous avons mis en évidence un taux de maintien dans l'emploi d'environ 65 % (138 personnes) se répartissant en 62,32 % d'aménagements, 22,47 % de reclassements internes, 2,17 % de reclassements externes et aucune modification professionnelle dans 13,04 % des cas. Notre proportion de modifications sur le lieu de travail est bien supérieure aux données de la littérature portant sur une population handicapée plus large et laisse supposer que la RQTH a été une aide sur ce plan-là.

De plus, au vu de nos résultats, les aménagements seraient bénéfiques pour l'exercice à temps complet et permettraient un meilleur vécu professionnel. En effet, le taux de satisfaction professionnelle varie selon les conditions du maintien dans l'emploi : 38,89 % en cas de maintien au même poste sans modification, 81,40 % lors d'aménagement et 83,87 % en cas de reclassement interne. De même, en cas d'accompagnement reçu dans le cadre du maintien dans l'emploi, le taux de satisfaction est augmenté à 89,74 % contre 70,71 %, en absence d'accompagnement. Il est à noter que sur les 54 personnes orientées vers le SAMETH par la MDPH en 2013, 36 disaient, 4 ans après, ne pas savoir si elles avaient eu un accompagnement particulier et seulement 35 déclaraient avoir réellement été accompagnées par le SAMETH.

Pour rechercher des facteurs associés au maintien dans l'emploi, nous avons réalisé des analyses univariées et multivariées montrant que l'établissement public, l'ancienneté dans l'entreprise de plus de 10 ans et l'accompagnement par le SAMETH sont des facteurs significatifs en faveur du maintien dans l'emploi. Par contre, l'arrêt maladie initial supérieur à 2 ans et les ressources de type invalidité ou rente en sont des facteurs significatifs péjoratifs.

Concernant les personnes ayant quitté leur emploi initial, pour la majeure partie, la cause était un licenciement pour inaptitude médicale (environ 73 %). Lorsqu'elles avaient bénéficié d'un accompagnement spécifique pour l'emploi, environ 71 % d'entre elles exerçaient une nouvelle activité professionnelle alors que ce n'était le cas que pour 36,67 % de la population non accompagnée. Au moment de l'enquête, 57,33 % exerçaient une nouvelle activité professionnelle avec un changement de métier et de secteur d'activité dans plus de 80 % des cas. La durée passée sans emploi avait été supérieure à 1 an pour la plupart (62,79 %).

Notre étude s'intègre dans une réflexion globale sur la recherche de leviers permettant de favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées.

Selon nos résultats, un premier axe d'amélioration est de réduire les arrêts maladie prolongés, en renforçant notamment la collaboration entre médecine de soins et du travail. L'accompagnement par le SAMETH est aussi à développer avec des progrès à faire en termes d'orientation, d'information et de communication. En effet, environ 40 % de la population en emploi critique les dispositifs et démarches et 16 % décrit un manque d'information avec une méconnaissance des outils et acteurs pouvant aider à la poursuite de l'activité professionnelle.

Ces conclusions seraient, cependant, à vérifier par la réalisation d'études prospectives de plus grande envergure et menées sur des groupes distincts.

RESUME

Introduction :
En France, 9 millions de personnes déclarent une limitation fonctionnelle dont 70 % de limitations motrices. Le handicap locomoteur peut être acquis au cours de la vie et retentir sur l'activité professionnelle exercée par la personne devenue handicapée, l'amenant à faire une demande de Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé. L'objectif principal est de déterminer le taux de maintien dans l'emploi, 4 ans après l'apparition d'un handicap locomoteur reconnu administrativement. Les objectifs secondaires sont, concernant le maintien dans l'emploi, l'évaluation des modalités (factuelles et ressenties) et la recherche de facteurs associés et pour les personnes sorties d'emploi, le recueil des causes et du devenir.

Matériel et méthode :
Etude descriptive, transversale, rétrospective et unicentrique, auprès de 352 personnes, en emploi en CDI, ayant obtenu une 1ère RQTH, pour un handicap locomoteur, par la MDPH de la Vienne, en 2013. Le recueil de données a été réalisé dans les dossiers de la MDPH de 2013, puis lors d'une enquête téléphonique, à 4 ans de la RQTH, pour connaître le devenir professionnel et évaluer le maintien dans l'emploi. Celui-ci se répartit en maintien au poste avec ou sans aménagement, reclassement dans l'entreprise ou reclassement externe (nouvel emploi sans période de chômage). L'association entre des variables générales, médicales et professionnelles et le maintien dans l'emploi a été recherchée en analyses uni et multivariées.

Résultats :
Recueil administratif du 02/06 au 18/08/17 et téléphonique du 30/10/17 au 04/02/18 avec une participation de 60,5 %. Le taux de maintien dans l'emploi est d'environ 65 %, dont environ 75,5 % au même poste de travail (13 % sans modification et 62 % d'aménagements), 22,5 % de reclassement interne et 2 % de reclassement externe. Nous retrouvons une association significative positive avec le maintien dans l'emploi pour le secteur public, l'ancienneté >10 ans et l'accompagnement par le SAMETH et négative pour l'arrêt maladie initial >2 ans et les ressources de type invalidité ou rente. Concernant le ressenti, la satisfaction professionnelle varie selon le type de maintien dans l'emploi : environ 39 % si aucune modification, 81 % si aménagement et 84 % si reclassement interne. Les remarques émises ont surtout concerné les conditions de travail, les relations professionnelles et les démarches (40 % de l'effectif critique les dispositifs et 16 % décrit un manque d'information). En cas de perte de l'emploi initial, la cause est un licenciement pour inaptitude médicale dans plus de 73 % des cas et le devenir est environ 57 % de nouvel emploi, 24 % de recherche d'emploi et 19 % d'inactivité.

Conclusion :
Des perspectives d'amélioration sont mises en évidence parmi les facteurs significativement associés au maintien dans l'emploi : limiter les arrêts maladie prolongés en renforçant la collaboration entre médecine de soins et du travail et développer l'accompagnement par le SAMETH avec des axes de progrès identifiés en termes d'orientation, d'information et de communication. De plus, dans notre population, la RQTH semble avoir contribué au maintien dans l'emploi, en favorisant les aménagements et l'accompagnement. Mais ces conclusions seraient à confirmer par la réalisation d'études à plus grande échelle et prospectives.

Mots-clés : handicap ; maintien dans l'emploi ; aménagement de poste ; reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ; troubles musculo-squelettiques

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS | Rapport mondial sur le handicap [Internet]. WHO. [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/

2. L'état de santé de la population en France - Édition 2015 - L'état de santé de la population - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 10 mars 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015#Rapport

3. Recruter et accompagner un collaborateur handicapé moteur - Actualités - Actus & Publications - agefiph [Internet]. [cité 4 avr 2018]. Disponible sur: https://www.agefiph.fr/Actus-Publications/Actualites/Recruter-et-accompagner-un-collaborateur-handicape-moteur

4. Troubles musculosquelettiques (TMS). Statistiques - Risques - INRS [Internet]. [cité 5 avr 2018]. Disponible sur: http://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/statistiques.html

5. Manet C. L'inaptitude médicale au poste de travail : enquête épidémiologique descriptive dans trois services de santé au travail de Meurthe-et-Moselle en 2007. 2008.

6. Rondi A, Fantoni-Quinton S. Devenir des salariés après une inaptitude médicale. Arch Mal Prof Environ. 1 oct 2017;78(5):412-20.

7. Clainchard É. Prévention de la désinsertion professionnelle et maintien dans l'emploi. PRACTHIS; 2005. 74 p.

8. Code du travail | Legifrance [Internet]. [cité 10 mars 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=B5F7B28D819C7CC03F1908C8CE4B649E.tplgfr21s_3?idSectionTA=LEGISCTA000006178138&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20180310

9. Jones MK, Davies R, Drinkwater S. The Dynamics of Disability and Work in Britain. Manch Sch. 86(3):279-307.

10. Sloane P, Jones M, mavromaras kostas, Wei Z. The Dynamic Effect of Disability on Work and Subjective Wellbeing in Australia. IZA Work Pap. 1 déc 2015;9609.

11. Meyer B, Mok W. Disability, Earnings, Income and Consumption. Harris Sch Public Policy Stud Univ Chic Work Pap. 1 janv 2006;

12. Barnay T, Duguet E, Le Clainche C, Narcy M, Videau Y. The Impact of a Disability on Labour Market Status: A Comparison of the Public and Private Sectors. Ann Econ Stat. 2015;(119/120):39-64.

13. Government of Canada SC. Persons with disabilities and employment [Internet]. 2014 [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: https://www.statcan.gc.ca/pub/75-006-x/2014001/article/14115-eng.htm

14. Lechner M, Vazquez-Alvarez R. The Effect of Disability on Labour Market Outcomes in Germany. Appl Econ. 1 févr 2011;43:389-412.

15. Amrous N., 2011, «Les parcours professionnels des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap», Dares, Dares Analyses n°041.

16. Insertion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap à Paris - Handipole [Internet]. [cité 20 juin 2018]. Disponible sur: http://www.handipole.org/spip.php?article1844

17. Kofi Charles K. The Extent and Effect of Employer Compliance with the Accommodations Mandates of the Americans with Disabilities Act, The Extent and Effect of Employer Compliance with the Accommodations Mandates of the Americans with Disabilities Act. J Disabil Policy Stud. 1 sept 2004;15(2):86-96.

18. Disability and job retention: An empirical German household panel study on the effectiveness of disability quotas [Internet]. Netspar. [cité 1 juill 2018]. Disponible sur: https://www.netspar.nl/publicatie/disability-and-job-retention-an-empirical-german-household-panel-study-on-the-effectiveness-of-disability-quotas/

19. Rabischong P. Évolution historique de la sémantique du handicap : les classifications. Que Sais-Je. 23 déc 2015;3e éd.:45-72.

20. Hosseinpoor AR, Williams JAS, Gautam J, Posarac A, Officer A, Verdes E, et al. Socioeconomic Inequality in Disability Among Adults: A Multicountry Study Using the World Health Survey. Am J Public Health. juill 2013;103(7):1278-86.

21. WHO | The global burden of disease: 2004 update [Internet]. WHO. [cité 10 mars 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/

22. Maude Espagnacq. Populations à risque de handicap et restrictions de participation sociale - Une analyse à partir de l'enquête Handicap-Santé auprès des ménages (HSM, 2008). Dossiers Solidarité Santé n°68, Drees, Septembre 2015.

23. Travailleurs handicapés : quel accès à l'emploi en 2015 ? - Dares Analyses - Dares Indicateurs - Dares Résultats - Ministère du Travail [Internet]. [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/travailleurs-handicapes-quel-acces-a-l-emploi-en-2015

24. Etude : « Géographie de la population en situation de handicap en France métropolitaine » (Janvier 2018) | Ancreai [Internet]. [cité 10 mars 2018]. Disponible sur: http://ancreai.org/content/etude-g%C3%A9ographie-de-la-population-en-situation-de-handicap-en-france-m%C3%A9tropolitaine-janvier-

25. Overcoming Obstacles to the Integration of Disabled People: UNESCO Sponsored Report as a Contribution to the World Summit on Social Development, Copenhagen, Denmark, March 1995:

26. Item 19 Etat de santé des populations [Internet]. [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id_rubrique=645

27. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet Lond Engl. 15 déc 2012;380(9859):2197-223.

28. Tam T. La protection du handicap en droit international [Internet]. Lyon 3; 2012 [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: http://www.theses.fr/2012LYO30050

29. Programme des Nations Unies concernant les personnes handicapées [Internet]. [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?navid=13&pid=773

30. Organization WH. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. World Health Organization; 2001. 312 p.

31. Dhommeaux J. La Convention relative aux droits des personnes handicapées et son Protocole du 13 décembre 2006. Rev Trimest Droits Homme. 1 juill 2013;(95):529-50.

32. Romien P. À l'origine de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées : la prise en charge des invalides de guerre, Abstract. Rev Fr Aff Soc. 2005;(2):229-47.

33. Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. | Legifrance [Internet]. [cité 2 mars 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074068

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

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

36. Didier-Courbin P, Gilbert P. Éléments d'information sur la législation en faveur des personnes handicapées en France : de la loi de 1975 à celle de 2005, Abstract. Rev Fr Aff Soc. 2005;(2):207-27.

37. Décret n°2007-1574 du 6 novembre 2007 modifiant l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles établissant le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées. 2007-1574 nov 6, 2007.

38. Courtney-Long EA, Carroll DD, Zhang QC, Stevens AC, Griffin-Blake S, Armour BS, et al. Prevalence of Disability and Disability Type Among Adults — United States, 2013. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 31 juill 2015;64(29):777-83.

39. Carlo Paolinelli G, Milton González A. Epidemiología de la discapacidad en chile, niños y adultos. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 mars 2014;25(2):177-82.

40. Safi-Eddine Badiâ, Bentaleb Chafik. Emploi des personnes en situation de handicap au Maroc : état des lieux et perspectives [Internet]. [cité 17 mars 2018]. Disponible sur: http://www.abhatoo.net.ma/maalama-textuelle/developpement-economique-et-social/developpement-social/societe/personnes-a-besoins-specifiques/emploi-des-personnes-en-situation-de-handicap-au-maroc-etat-des-lieux-et-perspectives

41. Nyombi C, Kibandama A. Access to Employment for Persons with Disabilities in Uganda. Labor Law J. Winter 2014;65(4):248-58.

42. Gudlavalleti MVS, John N, Allagh K, Sagar J, Kamalakannan S, Ramachandra SS. Access to health care and employment status of people with disabilities in South India, the SIDE (South India Disability Evidence) study. BMC Public Health. 1 nov 2014;14:1125.

43. Park Y, Seo DG, Park J, Bettini E, Smith J. Predictors of job satisfaction among individuals with disabilities: An analysis of South Korea's National Survey of employment for the disabled. Res Dev Disabil. 1 juin 2016;53-54:198-212.

44. Australian Bureau of Statistics. Disability, Ageing and Carers, Australia: Summary of Findings, 2015 [Internet]. 2016 [cité 29 mars 2018]. Disponible sur: http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/4430.0

45. Statistics New Zealand . Disability and the labour market: Findings from the 2013 Disability Survey [Internet]. [cité 3 avr 2018]. Disponible sur: http://www.stats.govt.nz/browse_for_stats/health/disabilities/disability-and-labour-market.aspx

46. Disabled people twice as likely to be unemployed [Internet]. [cité 3 avr 2018]. Disponible sur: http://www.stats.govt.nz/browse_for_stats/income-and-work/employment_and_unemployment/LabourMarketStatisticsDisability_MRJun17qtr.aspx

47. Greve, Bent. The Labour Market Situation of Disabled People in European Countries and Implementation of Employment Policies: A Summary of Evidence from Country Reports and Research Studies. Academic Network of European Disability Experts (ANED) 2009 VT/2007/005.

48. Employment of disabled people — Statistical analysis of the 2011 Labour Force Survey ad hoc module – 2015 edition [Internet]. [cité 18 mars 2018]. Disponible sur: http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-working-papers/-/KS-TC-14-007

49. International Disability Rights [Internet]. Disability Rights Education & Defense Fund. [cité 7 avr 2018]. Disponible sur: https://dredf.org/legal-advocacy/international-disability-rights/

50. Emploi et chômage des personnes handicapées - Synthèse.Stat' - Synthèse.Éval' - Ministère du Travail [Internet]. [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/synthese-stat-synthese-eval/article/emploi-et-chomage-des-personnes-handicapees

51. Accès à l'emploi et intégration - Personne handicapée - agefiph [Internet]. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: https://www.agefiph.fr/Personne-handicapee/Acces-a-l-emploi-et-integration

52. Maintien dans l'emploi - Personne handicapée - agefiph [Internet]. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: https://www.agefiph.fr/Personne-handicapee/Maintien-dans-l-emploi

53. Ameli, le site de l'assurance maladie en ligne | assuré | votre compte | ameli.fr [Internet]. [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure

54. UDAF de la Vienne - Pôle Insertion || Maisons Relais, SAVS, Espoir 86, Familles Gouvernantes,GEM [Internet]. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: http://www.udaf86.asso.fr/index.php?option=com_ckforms&view=ckforms&id=10&Itemid=151

55. Bienvenue à la FNATH [Internet]. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: http://www.fnath.org/

56. Présentation de l'association | Comète France [Internet]. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: http://www.cometefrance.com/presentation

57. Etat des lieux de la population handicapée du Poitou-Charentes [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: https://www.arftlv.org/actualites/17755/Etat-des-lieux-population-handicapee-Poitou-Charentes.aspx

58. Statistisches Bundesamt Deutschland. State & society - Disabled persons - Federal Statistical Office (Destatis) [Internet]. [cité 3 avr 2018]. Disponible sur: https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/SocietyState/Health/DisabledPersons/DisabledPersons.html

59. Government of Canada SC. A profile of persons with disabilities among Canadians aged 15 years or older, 2012 [Internet]. 2015 [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: http://www.statcan.gc.ca/pub/89-654-x/89-654-x2015001-eng.htm

60. National disability survey. Dublin, Central Statistics Office, 2008 (http://www.cso.ie/releasespublications/documents/ other_releases/nationaldisability/National%20Disability%20Survey%202006%20First%20Results%20full%20report. pdf, accessed 3 February 2010) [Internet]. [cité 29 mars 2018]. Disponible sur: http://www.cso.ie/en/statistics/health/nationaldisabilitysurvey2006volume2/

61. Disability at A Glance 2015: Strengthening Employment Prospects for Persons with Disabilities in Asia and the Pacific | United Nations ESCAP [Internet]. [cité 4 avr 2018]. Disponible sur: http://www.unescap.org/publications/disability-glance-2015-strengthening-employment-prospects-persons-disabilities-asia-and

62. Statistics South Africa. Prevalence of disability in South Africa, Census 2001 [Internet]. [cité 4 avr 2018]. Disponible sur: http://www.statssa.gov.za/?page_id=1861

63. Eide AH, Loeb M. Living Conditions among People with Activity Limitations in Zambia. A National Representative Study. [Internet]. SINTEF; 2006 [cité 7 avr 2018]. Disponible sur: https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2443386

64. Situación de las Personas con Discapacidad en la Región Andina (legislación y políticas de estado) - Personas con discapacidad en América Latina y el Caribe - División de Desarrollo Social, CEPAL [Internet]. [cité 4 avr 2018]. Disponible sur: https://dds.cepal.org/discapacidad/publicaciones/ficha/?id=3899

65. Government of Canada PS and PC. Mobility disabilities among Canadians aged 15 years and older, 2012 / by Christine Bizier, Gail Fawcett and Sabrina Gilbert.: CS89-654/2016-5E-PDF - Government of Canada Publications - Canada.ca [Internet]. 2002 [cité 5 avr 2018]. Disponible sur: http://publications.gc.ca/site/eng/9.813766/publication.html

66. Les déficiences motrices d'origine accidentelle - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 5 avr 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-deficiences-motrices-d-origine-accidentelle

67. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence and most common causes of disability among adults--United States, 2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1 mai 2009;58(16):421-6.

68. Sixth European Working Conditions Survey: 2015 | Eurofound [Internet]. [cité 5 avr 2018]. Disponible sur: https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015

69. Abásolo L, Lajas C, León L, Carmona L, Macarrón P, Candelas G, et al. Prognostic factors for long-term work disability due to musculoskeletal disorders. Rheumatol Int. déc 2012;32(12):3831-9.

70. Sinistralité AT/MP [Internet]. [cité 5 avr 2018]. Disponible sur: http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/statistiques-et-analyse/sinistralite-atmp.html

71. ameli.fr - Affection de longue durée (ALD) [Internet]. [cité 5 avr 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/index.php

72. Schnitzler A, D'Apolito AC, Roche N, Genêt F, Ameille J, Azouvi P. Les travailleurs handicapés par une déficience neuromotrice en milieu ordinaire de travail. Données d'un service interentreprises de santé au travail. Ann Réadapt Médecine Phys. 1 avr 2006;49(3):119-24.

73. Leclerc A, Pascal P, Chastang J-F, Descatha A. Consequences of musculoskeletal disorders on occupational events: a life-long perspective from a national survey. J Occup Rehabil. juin 2014;24(2):297-306.

74. Palmer KT, Harris EC, Linaker C, Barker M, Lawrence W, Cooper C, et al. Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. Rheumatol Oxf Engl. févr 2012;51(2):230-42.

75. Høgelund J, Holm A. Worker adaptation and workplace accommodations after the onset of an illness. IZA J Labor Policy. 1 déc 2014;3(1):17.

76. Duguet E, Clainche CL. The Impact of Health Events on Individual Labor Market Histories: the Message from Difference in Differences with Exact Matching / L'impact des événements de santé sur la carrière professionnelle : une analyse fondée sur la méthode des doubles différences avec appariement exact [Internet]. 2014 [cité 20 juin 2018]. Disponible sur: https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00966963/document

77. Messer Pelkowski J, C Berger M. The Impact of Health on Employment, Wages, and Hours Worked Over the Life Cycle. Q Rev Econ Finance. 1 févr 2004;44:102-21.

78. Bertin P, Fagnani F, Duburcq A, Woronoff A-S, Chauvin P, Cukierman G, et al. Conséquences de la polyarthrite rhumatoïde sur la trajectoire professionnelle, la productivité et l'employabilité : étude PRET. Rev Rhum. 1 oct 2015;82(5):306-11.

79. Daubas-Letourneux V. Vivre et travailler après un accident de la vie. Une enquête auprès des adhérents de la FNATH. Arch Mal Prof Environ. 1 juin 2016;77(3):369-70.

80. Verdoux H, Goumilloux R, Monello F, Cougnard A. [Occupational outcome of patients with schizophrenia after first request for disability status: a 2-year follow-up study]. L'Encephale. déc 2010;36(6):484-90.

81. Cambier-Langrand E, Leroyer A, Zéphir H, Fernandes C, Jougleux C, Cabaret M, et al. Impact socioprofessionnel précoce de la sclérose en plaques : une étude prospective d'une série de 24 patients. Arch Mal Prof Environ. 1 avr 2016;77(2):165-78.

82. Dauty M, Renaud P, Deniaud C, Tortellier L, Dubois C. Conséquences professionnelles des algodystrophies. Ann Réadapt Médecine Phys. 1 mars 2001;44(2):89-94.

83. Nikiphorou E, Guh D, Bansback N, Zhang W, Dixey J, Williams P, et al. Work disability rates in RA. Results from an inception cohort with 24 years follow-up. Rheumatol Oxf Engl. févr 2012;51(2):385-92.

84. Mette C. Le devenir professionnel des actifs en mauvaise santé, un maintien en emploi plus difficile. Dares, Dares Analyses n°068. 2015

85. Région de naissance, région de résidence : les mobilités des diplômés du supérieur - Insee Première - 1557 [Internet]. [cité 11 juill 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288054#consulter

86. Milliard S, Bremond F, Observatoire régional des métiers Provence-Alpes-Côte d'Azur O, AGEFIPH. Etude qualitative sur les parcours professionnels des personnes handicapées. Quand la formation contribue à mieux maîtriser la mobilité professionnelle. [Internet]. Marseille: ORM; 2009. 37 p. (Etudes). Disponible sur: http://www.orm-paca.org/

87. Blache G, Mabrouki A. Licenciés pour inaptitude : les effets positifs de l'accompagnement par Pôle Emploi. Eclairage et synthèse, n°31, mars 2017

88. Hill MJ, Maestas N, Mullen KJ. Employer Accommodation and Labor Supply of Disabled Workers. Labour Econ. août 2016;41:291-303.

89. Montacer Kchir M, Mehdi Ghannouchi M, Hamdi W, Azzouz D, Kochbati S, Saadellaoui K, et al. Impact of the ankylosing spondylitis on the professional activity. Jt Bone Spine Rev Rhum. juill 2009;76(4):378-82.

90. La situation sur le marché du travail en 2008 des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap - Ministère du Travail [Internet]. [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/la-situation-sur-le-marche-du-travail-en-2008-des-personnes-ayant-une

91. Qualité de vie au travail des travailleurs handicapés : les résultats 2016/2017 [Internet]. [cité 22 juill 2018]. Disponible sur: https://www.missionhandicap.com/article-handicap/Qualite-de-vie-au-travail-des-travailleurs-handicapes-les-resultats-2016-2017

92. Berbersarkissian M-L. Le maintien dans l'emploi des salariés atteints de troubles musculo-squelettiques. 2014.

93. Lirette S, Kabano J, Gaucher C, Beaton A. Handicap et monde du travail : pratiques et perceptions. Reflets Rev D'intervention Soc Communaut. 2015;21(2):131-60.

94. Résultats d’enquête : Les personnes handicapées face à l’emploi en entreprise : vécu, réalités, attentes | Fondation Handicap Malakoff Médéric [Internet]. [cité 22 juill 2018]. Disponible sur: http://www.fondationhandicap-malakoffmederic.org/actualites/resultats-denquete-les-personnes-handicapees-face-a-lemploi-en-entreprise-vecu-realites-attentes

95. Leal DR, Mattos GD de, Fontana RT. Worker with physical disability: weaknesses and disorders self referred. Rev Bras Enferm. févr 2013;66(1):59-66.

96. Résultats de l’enquête nationale Emploi et Handicap [Internet]. [cité 22 juill 2018]. Disponible sur: https://www.talents-handicap.com/actualites/view/premiers-resultats-de-lenquete-nationale-sur-lemploi-des-personnes-handicapees

97. Celentano J, Palmaricciotti V, Nyssen AS, Malaise N, Salamun I, Faymonville M-E. Fibromyalgie et lombalgie chronique: étude des facteurs invalidants et facteurs facilitateurs à la réinsertion et au maintien professionnel. Douleur Analgésie. 1 mars 2011;24:46-9.

98. Lenormand M.-C., Sermet C., Sirven N. The Health of Older Workers in Europe: Results of SHARE 2006/ La santé des seniors en emploi : résultats de l'enquête européenne SHARE 2006. Questions d'économie de la santé Irdes n° 160. Décembre 2010

99. Palmer KT, Goodson N. Ageing, musculoskeletal health and work. Best Pract Res Clin Rheumatol. juin 2015;29(3):391-404.

100. LOI n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l’activité et l’égalité des chances économiques. 2015-990 août 6, 2015.

101. DICOM_Antoine.B. Engagement national pour l’emploi des personnes handicapées : 40 000 emplois supplémentaires en quatre ans dans les entreprises adaptées [Internet]. Ministère du Travail. 2018 [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/engagement-national-pour-l-emploi-des-personnes-handicapees-40-000-emplois

102. Désignation des nouveaux Organismes de placement spécialisés (OPS) - Cap emploi - Sameth - Actualités - Actus & Publications - agefiph [Internet]. [cité 27 juill 2018]. Disponible sur: https://www.agefiph.fr/Actus-Publications/Actualites/Designation-des-nouveaux-Organismes-de-placement-specialises-OPS-Cap-emploi-Sameth

ANNEXES

Annexe 1 : Revue d'enquêtes nationales sur la prévalence du handicap (Rapport OMS 2011)

Tableau A.1. Estimations de la prévalence du handicap (%) et du nombre d'années vécues avec une incapacité (AVI), par pays

	États membres	Prévalence du handicap, d'après la WHS, 2002-2004[a]	Recensements			Enquêtes sur le handicap ou composantes d'autres enquêtes			AVI pour 100 personnes en 2004
			Année	Composante CIF	Prévalence	Année	Composante CIF	Prévalence	
1	Afghanistan					2005	Déf, LA, RP	2,7 (1)	15,3
2	Afrique du Sud	24,2	2001	Déf, RP	5,0 (95)	1998	Déf, LA, RP	5,9 (96)	12,2
3	Albanie					2008	Déf	3,4 (2)	7,8
4	Algérie					1992		1,2 (3)	8,0
5	Allemagne		2007	Déf	8,4 (41)	2002	Déf, LA, RP	11,2 (7)	6,7
6	Andorre								6,8
7	Angola								14,4
8	Antigua-et-Barbuda								8,8
9	Arabie saoudite					1996	Déf	4,5 (91)	8,1
10	Argentine		2001	Déf, LA	7,1 (4)				8,7
11	Arménie								7,9
12	Australie		2006		4,4 (5)	2003		20 (6)	6,8
13	Autriche					2002	Déf, LA, RP	12,8 (7)	6,7
14	Azerbaïdjan								8,2
15	Bahamas		2000	Déf	4,3 (8)	2001	Déf	5,7 (9)	9,0
16	Bahreïn		1991	Déf	0,8 (10)				7,6
17	Bangladesh	31,9				2005	Déf	2,5 (11)	10,1
18	Barbade		2000	Déf	4,6 (12)				8,5
19	Bélarus								8,4
20	Belgique					2002	Déf, LA, RP	18,4 (7)	6,9
21	Belize		2000	Déf, LA, RP	5,9 (13)				10,0
22	Bénin		2002	Déf	2,5 (14)	1991		1,3 (10)	11,0
23	Bhoutan		2005	Déf	3,4 (15)	2000	Déf	3,5 (16)	9,5
24	Bolivie (État plurinational de)		2001	Déf	3,1 (17)	2001	Déf	3,8 (18)	10,8
25	Bosnie-Herzégovine	14,6							7,6
26	Botswana		2001	Déf	3,5 (19)				13,8
27	Brésil	18,9	2000	Déf	14,9 (20)	1981	Déf	1,8 (10)	10,1
28	Brunéi Darussalam								7,4
29	Bulgarie								7,9
30	Burkina Faso	13,9							12,1
31	Burundi								13,5
32	Cambodge		2008		1,4 (21)	1999	Déf	2,4 (11)	10,8
33	Cameroun								11,7
34	Canada		2001	Déf, LA, RP	18,5 (22)	2006	Déf, LA, RP	14,3 (23)	6,9
35	Cap-Vert		1990	Déf	2,6 (10)				8,1
36	Chili		2002	Déf	2,2 (24)	2004	Déf, LA, RP	12,9 (25)	8,1
37	Chine					2006	Déf	6,4 (26)	7,7
38	Chypre		1992	LA	6,4 (32)	2002	Déf, LA, RP	12,2 (7)	7,4
39	Colombie		2005	Déf, LA, RP	6,4 (27)	1991	Déf	5,6 (10)	10,2
40	Comores		1980		1,7 (10)				10,0
41	Congo		1974		1,1 (10)				11,0
42	Costa Rica		2000	Déf	5,4 (28)	1998	Déf	7,8 (28)	7,9
43	Côte d'Ivoire								13,8
44	Croatie	13,9	2001	Déf	9,7 (29)	2009	Déf, LA, RP	11,3 (30)	7,4
45	Cuba		2003	Déf	4,2 (31)	2000	Déf	7,0 (31)	8,2
46	Danemark					2002	Déf, LA, RP	19,9 (7)	7,1
47	Djibouti								10,5
48	Dominique		2002	Déf	6,1 (34)				8,8
49	Égypte		2006		1,2 (38)	1996	Déf	4,4 (38)	8,6
50	El Salvador		1992	Déf	1,8 (39)	2003	Déf, LA	1,5 (39)	9,8
51	Émirats arabes unis	10,8							7,3

52	Équateur	13,6	2001	Déf	4,6 (37)	2005	Déf, LA, RP	12,1 (37)	9,2
53	Érythrée								9,5
54	Espagne	9,5				2008	Déf, LA	8,5 (97)	6,2
55	Estonie	11,0	2000	Déf	7,5 (40)	2008	Déf, LA, RP	9,9 (40)	7,9
56	États-Unis d'Amérique		2000	Déf, LA, RP	19,3 (110)	2007	Déf, LA, RP	14,9 (111)	7,9
57	Éthiopie	17,6	1984		3,8 (10)				11,3
58	Ex-République yougoslave de Macédoine								7,3
59	Fédération de Russie	16,4							10,0
60	Fidji		1996	Déf, LA	13,9 (11)				8,6
61	Finlande	5,5				2002	Déf, LA, RP	32,2 (7)	7,2
62	France	6,5				2002	Déf, LA, RP	24,6 (7)	6,8
63	Gabon								11,0
64	Gambie								11,0
65	Géorgie	15,6							7,6
66	Ghana	12,8							11,1
67	Grèce					2002	Déf, LA, RP	10,3 (7)	6,3
68	Grenade								8,9
69	Guatemala		2002	Déf	6,2 (42)	2005	Déf, LA, RP	3,7 (42)	10,0
70	Guinée								11,7
71	Guinée équatoriale								12,3
72	Guinée-Bissau								12,7
73	Guyana		2002	Déf, LA, RP	2,2 (43)				11,5
74	Haïti		2003	Déf	1,5 (44)				11,7
75	Honduras		2000	Déf	1,8 (45)	2002	Déf, LA, RP	2,6 (46)	9,5
76	Hongrie	10,5	2001	Déf	3,1 (47)	2002	Déf, LA, RP	11,4 (7)	7,9
77	Îles Cook								7,7
78	Îles Marshall		1999	Déf	1,6 (65)				8,2
79	Îles Salomon					2004	Déf	3,5 (11)	7,9
80	Inde	24,9	2001	Déf	2,1 (49)	2002	Déf	1,7 (11)	10,5
81	Indonésie					2007	Déf, LA, RP	21,3 (50)	10,4
82	Iran (République islamique d')		2006	Déf	1,5 (51)				9,3
83	Iraq		1977	Déf	0,9 (10)				19,4
84	Irlande	4,3	2006	Déf, LA, RP	9,3 (52)	2006	Déf, LA, RP	18,5 (53)	6,7
85	Islande					2008		7,4 (48)	6,0
86	Israël	15,8							6,2
87	Italie					2002	Déf, LA, RP	6,6 (7)	6,1
88	Jamaïque		2001	Déf	6,2 (54)				8,7
89	Japon					2005		5,0 (55)	5,5
90	Jordanie		1994	Déf	1,2 (10)	2001		12,6 (56)	7,9
91	Kazakhstan	14,2	2006		3,0 (11)				10,1
92	Kenya	15,2	1989	Déf	0,7 (10)				10,8
93	Kirghizistan					2008	Déf, LA, RP	20,2 (57)	9,6
94	Kiribati					2004	Déf	3,8 (11)	9,6
95	Koweït								6,9
96	Lesotho								11,4
97	Lettonie	18,0				2009		5,2 (16)	8,0
98	Liban					2002		1,5 (58)	9,1
99	Libéria		1971		0,8 (10)	1997	Déf	16,4 (59)	13,9
100	Libye		1984	Déf	1,5 (10)	1995		1,7 (10)	7,8
101	Lituanie		2001	Déf	7,5 (60)	2002	Déf, LA, RP	8,4 (7)	8,0
102	Luxembourg	10,2				2002	Déf, LA, RP	11,7 (7)	6,8
103	Madagascar					2003	Déf, LA	7,5 (61)	10,7
104	Malaisie	4,5				2000		0,4 (63)	8,0

105	Malawi	14,0	1983		2,9 (*10*)	2004	Déf, LA, RP	10,6 (*62*)	13,1
106	Maldives		2003	Déf	3,4 (*11*)				10,2
107	Mali	9,8	1987		2,7 (*10*)				13,0
108	Malte		2005	Déf, LA, RP	5,9 (*64*)	2002	Déf, LA, RP	8,5 (*7*)	6,3
109	Maroc	32,0	1982		1,1 (*10*)	2004		5,12 (*70*)	8,7
110	Maurice	13,1	2000	Déf	3,5 (*66*)				9,1
111	Mauritanie	24,9	1988		1,5 (*10*)				11,0
112	Mexique	7,5	2000	Déf	1,8 (*67*)	2002	LA, RP	8,8 (*68*)	8,2
113	Micronésie (États fédérés de)								7,0
114	Monaco								6,5
115	Mongolie					2005		3,5 (*11*)	9,0
116	Monténégro								7,4 (*69*)
117	Mozambique		1997	Déf	1,9 (*71*)	2009	Déf, LA, RP	6,0 (*72*)	12,5
118	Myanmar	6,4	1985	Déf	2,0 (*73*)	2007	Déf	2,0 (*16*)	9,8
119	Namibie	21,4	2001	Déf	5,0 (*74*)	2002	Déf, LA, RP	1,6 (*75*)	10,2
120	Nauru								9,5
121	Népal	21,7	2001	Déf	0,5 (*76*)	2001	Déf	1,6 (*11*)	11,1
122	Nicaragua					2003	Déf, LA, RP	10,3 (*78*)	8,5
123	Niger		1988		1,3 (*10*)				13,7
124	Nigéria		1991		0,5 (*10*)				13,2
125	Nioué								8,4
126	Norvège	4,3				2002	Déf, LA, RP	16,4 (*7*)	6,8
127	Nouvelle-Zélande					2001	Déf, LA, RP	20,0 (*77*)	6,9
128	Oman		2005		0,5 (*79*)				7,2
129	Ouganda		2002	Déf	3,5 (*106*)	2006	Déf	7,2 (*107*)	12,7
130	Ouzbékistan								8,0
131	Pakistan	13,4	1998	Déf	2,5 (*80*)				9,6
132	Palaos								7,8
133	Panama		2000	Déf	1,8 (*81*)	2005	Déf, LA, RP	11,3 (*81*)	8,4
134	Papouasie-Nouvelle-Guinée								9,4
135	Paraguay	10,4	2002	Déf	1,1 (*82*)	2002	Déf, LA	3,0 (*82*)	9,4
136	Pays-Bas					2002	Déf, LA, RP	25,6 (*7*)	6,4
137	Pérou		2007	Déf, LA, RP	10,9 (*83*)	2006	Déf, LA, RP	8,7 (*84*)	9,4
138	Philippines	28,8	2000	Déf	1,2 (*85*)				9,2
139	Pologne		2002	LA	14,3 (*86*)				7,3
140	Portugal	11,2	2001	Déf	6,2 (*87*)	2002	Déf, LA, RP	19,9 (*7*)	7,0
141	Qatar		1986		0,2 (*10*)				7,1
142	République arabe syrienne		1981		1,0 (*10*)	1993		0,8 (*10*)	7,7
143	République centrafricaine		1988		1,5 (*10*)				13,1
144	République de Corée		2005	Déf	4,6 (*11*)				7,6
145	République de Moldova								8,6
146	République démocratique du Congo								13,6
147	République démocratique populaire lao	8,0	2004		8,0 (*11*)				10,5
148	République dominicaine	11,1	2002	Déf	4,2 (*35*)	2007	Déf	2,0 (*36*)	9,8
149	République populaire démocratique de Corée								9,5
150	République tchèque	11,7				2007	Déf, LA, RP	9,9 (*33*)	7,0
151	Roumanie					2009	Déf, LA, RP	19,0 (*88*)	7,9

152	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord		2001	Déf, LA, RP	17,6 (*108*)	2002	Déf, LA, RP	27,2 (*7*)	7,1
153	Rwanda								13,3
154	Saint-Kitts-et-Nevis (Saint Christophe-et-Niévès)								9,0
155	Saint-Marin								6,2
156	Saint-Vincent-et-les-Grenadines		2001	Déf	4,6 (*89*)				9,0
157	Sainte-Lucie		2001	Déf	5,1 (*89*)				8,7
158	Samoa					2002		3,0 (*90*)	7,0
159	Sao Tomé-et-Principe		1991		4,0 (*10*)				10,0
160	Sénégal	15,5	1988		1,1 (*10*)				11,3
161	Serbie					2008	Déf, LA, RP	7,4 (*92*)	7,4 (*93*)
162	Seychelles					2007	Déf	1,3 (*16*)	8,8
163	Sierra Leone		2004		2,4 (*94*)				14,7
164	Singapour					2003	Déf	3,0 (*11*)	6,6
165	Slovaquie	12,1				2002	Déf, LA, RP	8,2 (*7*)	7,7
166	Slovénie					2002	Déf, LA, RP	19,5 (*7*)	7,1
167	Somalie								14,3
168	Soudan		1993		1,6 (*10*)	1992		1,1 (*10*)	12,2
169	Sri Lanka	12,9	2001	Déf	1,6 (*98*)	1986	Déf	2,0 (*10*)	11,5
170	Suède	19,3				2002	Déf, LA, RP	19,9 (*7*)	6,5
171	Suisse					2007	Déf, LA, RP	14,0 (*100*)	6,2
172	Suriname		1980	Déf	2,8 (*99*)				10,1
173	Swaziland	35,9	1986		2,2 (*10*)				13,0
174	Tadjikistan					2007		1,9 (*101*)	8,7
175	Tanzanie					2008	Déf, LA, RP	7,8 (*109*)	12,7
176	Tchad	20,9							13,6
177	Thaïlande					2007	Déf, LA, RP	2,9 (*102*)	9,4
178	Timor-Leste					2002		1,5 (*11*)	11,0
179	Togo		1970		0,6 (*10*)				11,4
180	Tonga					2006		2,8 (*103*)	6,9
181	Trinité-et-Tobago		2000	Déf, LA	4,2 (*104*)				9,2
182	Tunisie	16,3	1994		1,2 (*10*)	1989		0,9 (*10*)	7,5
183	Turkménistan								9,1
184	Turquie	20,6				2002	Déf, LA	12,3 (*105*)	7,5
185	Tuvalu								8,0
186	Ukraine	14,8							8,8
187	Uruguay	4,6				2004	Déf, LA, RP	7,6 (*112*)	9,0
188	Vanuatu					1999		1,4 (*113*)	7,6
189	Venezuela (République bolivarienne du)		2001	Déf	4,2 (*114*)				9,1
190	Viet Nam	5,8				2005		6,4 (*11*)	7,8
191	Yémen		2004	Déf	1,9 (*115*)	1998		1,7 (*56*)	12,9
192	Zambie	14,8	2000	Déf	2,7 (*10*)	2006	Déf, LA, RP	11,0 (*116*)	14,2
193	Zimbabwe	16,9				2003	Déf, LA, RP	18,0 (*117*)	12,3

(a) Les résultats de l'*enquête sur la santé dans le monde* (WHS) sont pondérés, liés à et ajustés en fonction de l'âge.
Abréviations des composantes CIF : LA = Limitations d'activités ; Déf = Déficience ; RP = Restrictions de participation.

Annexe 2 : Questionnaire enquête téléphonique

⇨ **1ère partie : complément de données sur la population**

1/ Au moment de la demande de RQTH en 2013, quel était votre métier/poste de travail ? …….

+ **Catégorie socio-professionnelle** : Ouvrier Employé Profession intermédiaire Cadre Commerçant/agriculteur

+ **Secteur d'activité** :

+ **Etablissement** : Privé Fonction publique : Etat / Hospitalière / Territoriale / inconnue Indépendants Inconnu

2/ Au moment de la demande de RQTH, quelle était votre ancienneté dans l'entreprise ?

<1 an 1 à <3 ans 3 à <6 ans 6 à 10 ans inclus >10 ans Ne sait pas

3/ Qui était à l'initiative de cette demande?

Vous-même Médecin traitant Médecin du travail Médecin conseil Autre médecin

Service social Organismes pour l'emploi Autre : Ne sait pas

4/ Etiez-vous en arrêt maladie au moment de la demande?

Oui Non Non mais arrêts fréquents Ne sait pas Sans objet

5b/ Si oui, combien de temps au total a duré cet arrêt maladie initial?

1 à < 6 mois 6 mois à < 1 an 1 an à < 2 ans 2 à <3 ans >3ans Ne sait pas

5/ Pouvez-vous décrire succinctement votre handicap locomoteur ? (confirmation données dossier)

…….

6/ Quel en est l'origine?

AT Accident de trajet MP Autres accidents Autres maladies

7/ Selon vous, quelle était l'ancienneté de votre handicap au moment de la demande de RQTH?

< 6 mois 6 mois à < 3 ans 3 à < 5 ans 5 à 10 ans inclus > 10 ans Ne sait pas

8/ Quel est votre niveau de formation ?

1 Niveau VI et V bis : niveau 3ème (BEPC) ou abandons en cours de CAP ou BEP avant la fin

2 Niveau V : niveau seconde/première, CAP ou BEP

3 Niveau IV : BAC/ Brevet professionnel ou abandons des études supérieures sans diplôme

4 Niveau III/II/I : niveau bac + 2 ans et plus

9/ Bénéficiez-vous d'une ressource au titre pension d'invalidité ou rente?

Non Oui : PI 1ère catégorie 2ème cat 3ème cat Rente AT Rente MP

⇨ **2ème partie : données professionnelles en 2017 /2018**

10/ Quelle est votre situation professionnelle actuelle?

En emploi En recherche d'emploi (inscrit à pôle emploi) En inactivité

- ***Les personnes inactives ou en recherche d'emploi :***

11/ Quelles sont les circonstances de la perte de l'emploi initial de 2013 ?

Préretraite, retraite ou retrait des affaires souhaité

Démission

Licenciement pour inaptitude médicale Licenciement économique Autre licenciement

Rupture conventionnelle du contrat de travail

Cession d'entreprise, faillite ou dépôt de bilan Autre:

12/ Si inactivité, quelles en sont les raisons ?

Études, stage ou formation non rémunéré

Retraite ou préretraite

Inactif pour raisons de santé

Inactif pour raisons personnelles

12b/ Si retraite, avez-vous bénéficié d'aménagements avant votre départ en retraite ?

Tâches temps de travail aide matérielle lieu travail retraite anticipée reclassement Autre :

Non

- ***Les personnes en emploi***

11/ Quelle est votre ancienneté dans cet emploi ?

<6 mois 6 mois à <1 an 1 an à <2 ans 2 ans à <3 ans > ou égal à 3 ans Ne sait pas

12/ Quel est votre métier actuel ? …….

+ **Catégorie socio-professionnelle** : Ouvrier Employé Profession intermédiaire Cadre Commerçant/agriculteur

+ **Secteur d'activité** :

+ **Etablissement** : Privé Fonction publique : Etat / Hospitalière / Territoriale / inconnue Indépendants Inconnu

13/ Quel type de contrat ?

CDD privé CDD public CDI privé CDI public Intérim Indépendant non salarié

14/ Etes-vous actuellement en arrêt maladie ?

Oui Non Sans objet

14b/Si oui, depuis combien de temps ?

<1 mois 1 à <6 mois 6 mois à <1 an 1 an à <2 ans 2 ans à <3 ans > ou égal à 3 ans Ne sait pas

14c/ Si non, avez-vous été absent pour raisons de santé au cours des 12 derniers mois ?

Oui Non Ne sait pas Sans objet

14d/ Si oui, nombre de jours d'absence ?

<ou=7 jours 8 à 15 jours 16 à 30 jours 31 à 60 jours > 61jours Ne sait pas

15/ Quel est votre temps de travail actuel?

Temps complet Temps partiel Temps partiel thérapeutique

15b/Si temps partiel, taux de travail ?

<50% = 50% 50 à 80% = 80% >80%

15c/ Si temps partiel, quelles sont les raisons du temps partiel ?

Autre activité professionnelle/études/formation

Pas trouvé d'emploi à temps complet

Raisons de santé

Raisons personnelles Autre :

16/Etes-vous au même poste de travail qu'au moment de la demande de reconnaissance de travailleur handicapé?

Oui Non

16b/ Si oui, avez-vous bénéficiez d'un aménagement ?

Oui : tâches tps de travail aide matérielle lieu travail horaires travail autre :

Non mais en ressent le besoin

Non mais n'en ressent pas besoin

17/ Etes-vous dans la même entreprise qu'au moment de la demande RQTH ?

Oui Non

17b/ Si oui, avez-vous changé de poste via un reclassement pour raison médicale ?

Oui Non Ne sait pas

17c/ Si oui toujours, avez-vous bénéficié d'une formation au moment du reclassement ?

Oui Non Ne sait pas

17d/ Si non, bénéficiez d'un aménagement de votre poste actuel ?

Oui : tâches tps de travail aide matérielle lieu travail horaires travail autre :

18/ Si perte de l'emploi initial, quelles en sont les circonstances?

Préretraite, retraite ou retrait des affaires souhaité

Démission

Licenciement pour inaptitude médicale Licenciement économique Autre licenciement

Rupture conventionnelle du contrat de travail

Cession d'entreprise, faillite ou dépôt de bilan Autre:

18b/Combien de temps êtes-vous restez sans emploi ?

< 3mois 3 à <6mois 6 mois à <1 an 1 à <2 ans 2 à <3 ans > ou égal à 3 ans

19/ Avez-vous informé votre employeur de votre statut de travailleur handicapé ?

Oui Non Sans objet

- ***Questions de conclusion pour tous***

20/ Avez-vous bénéficié d'une aide à l'emploi par ces organismes?

CAP EMPLOI Oui Non Inconnu

SAMETH Oui Non Inconnu

AGEFIPH (privé) Oui Non Inconnu

FIPHFP (public) Oui Non Inconnu

Associations ou autres organismes spécifiques Oui Non Inconnu

21/ Quelle a été votre utilisation de la reconnaissance de travailleur handicapé ?

Maintien dans l'emploi Accès Formation Reconversion Adaptation de poste

Aménagement d'horaire Diminution trajets Reconnaissance du handicap Faire valoir ses droits

Déclaration statut employeur Aide financière Aide technique Reclassement

CP/CS Aucune utilisation Ne sait pas Autre :

22/ Quel est votre degré de satisfaction professionnelle?

Tout à fait satisfait Plutôt satisfait Plutôt insatisfait Tout à fait insatisfait Sans opinion

23/ Avez-vous des remarques, commentaires sur votre situation professionnelle ?

…….

Annexe 3 : Courrier postal d'information préalable

Maison Départementale des Personnes Handicapées de la Vienne
MDPH 86
39, rue de Beaulieu
86000 – POITIERS

Poitiers, le

M.
RUE
APPARTEMENT
CODE POSTAL VILLE

Objet : Etude Handicap Locomoteur et Maintien dans l'emploi

Madame, Monsieur,

Interne en médecine du travail, ayant effectué mon précédent stage à la MDPH de la Vienne, je vous propose de participer à une enquête sur le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés.
Il s'agira d'une enquête téléphonique auprès d'un certain nombre de personnes reconnues en qualité de travailleurs handicapés en 2013.

L'objectif principal est d'évaluer votre devenir professionnel à 4 ans de la reconnaissance ; ce qui a permis de vous maintenir dans l'emploi et dans quelles conditions de travail. Si vous avez perdu votre emploi, il s'agit d'en évaluer les causes et les modalités de recherche d'emploi.

Si vous souhaitez de plus amples informations, vous pouvez me joindre directement au 06 01 98 75 24 ou par mail au : helenetomas@hotmail.com

Je réaliserai moi-même cette enquête téléphonique, je me permettrai de vous contacter très prochainement.
La durée du questionnaire est estimée autour de 5 minutes.

Nous vous remercions à l'avance pour votre participation essentielle à cette étude, qui s'intègre dans un but d'évolution des connaissances globales de la santé de la population, et de recherche d'amélioration.

Bien cordialement,

TOMAS Hélène
Interne médecine du travail

Toute information vous concernant recueillie pendant cette étude sera traitée de façon confidentielle.
A l'exception des responsables de l'étude (qui traiteront ces informations dans le plus strict respect du secret médical), votre anonymat sera préservé. Si les résultats de l'étude étaient amenés à être publiés, la publication ne comportera aucun résultat individuel. Les données enregistrées à l'occasion de cette étude seront conservées pour une durée limitée. Elles feront l'objet d'un traitement informatisé, sécurisé et confidentiel, ayant reçu une attestation de déclaration auprès de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés) en date du 4 octobre 2017. Vous bénéficiez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude. Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique, vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans aucun impact pour votre prise en charge médicale. Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier. Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Annexe 4 : Métiers exercés lors de la demande de RQTH en 2013 et 4 ans après

Variables	N=213 n(%)			
	2013	T + 4 ans		
		Maintien emploi N= 138 n (%)	Sortie emploi N= 75 n (%)	
Situation professionnelle :				
Actifs	213 (100)	109 (78,99)	43 (57,33)	
Retraités	0 (0)	29 (21,01)	2 (2,67)	
Inactifs hors retraite	0 (0)	0 (0)	12 (16,00)	
En recherche d'emploi	0 (0)	0 (0)	18 (24,00)	
Type de contrat:			Hors Emploi N=32	En emploi N=43 n (%)
CDI	206 (96,71)	133 (96,38)		27 (62,79)
CDD	0 (0)	0 (0)		8 (18,60)
Intérim	0 (0)	0 (0)		3 (6,98)
Indépendants	7 (3,29)	5 (3,62)		5 (11,63)
Métier :				
Agent déchetterie	0 (0)	1 (0,72)		
Agent de sécurité	1 (0,47)			2 (4,65)
Agent entretien polyvalent	21 (9,86)	12 (8,70)		1 (2,33)
Agent exploitation routes	4 (1,88)	4 (2,90)		
Agent immobilier	0 (0)			1 (2,33)
Agent pompes funèbres	1 (0,47)			
Agent service hospitalier	5 (2,35)	5 (3,62)		
Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles	l (0,47)	1 (0,72)		
Aide-soignant/aide médico-psychologique	15 (7,04)	8 (5,80)		1 (2,33)
Ambulancier	4 (1,88)	1 (0,72)		1 (2,33)
Assistante maternelle/ famille accueil	1 (0,47)	1 (0,72)		3 (6,98)
Auxiliaire vie/aide domicile	5 (2,35)	2 (1,45)		1 (2,33)
Boucher	1 (0,47)			
Carrossier	2 (0,94)	1 (0,72)		
Chargé clientèle	5 (2,35)	4 (2,90)		2 (4,65)
Chargé communications	1 (0,47)	1 (0,72)		
Charpentier	1 (0,47)			
Chauffeur PL, bus, VL	8 (3,76)	4 (2,90)		6 (13,95)
Chauffeur-ripeur	1 (0,47)			
Chef de quai	1 (0,47)			
Commerçant	1 (0,47)			
Commercial	2 (0,94)	1 (0,72)		
Comptable	1 (0,47)	1 (0,72)		
Conducteur engins	2 (0,94)	1 (0,72)		

Conseiller agricole	1 (0,47)			1 (2,33)
Conseiller éducation	0 (0)	1 (0,72)		
Cuisinier	3 (1,41)			1 (2,33)
Décorateur	1 (0,47)			
Déménageur	1 (0,47)			
Dessinateur industriel	0 (0)	1 (0,72)		
Distributeur colis	1 (0,47)	1 (0,72)		
Educateur sportif	1 (0,47)	1 (0,72)		1 (2,33)
Electricien	1 (0,47)			
Employé administratif	10 (4,69)	20 (14,49)		3 (6,98)
Employé caisse	4 (1,88)	2 (1,45)		2 (4,65)
Employé restauration	9 (4,23)	2 (1,45)		
Employé tri, emballage	1 (0,47)	3 (2,17)		
Enseignant/formateur	6 (2,82)	4 (2,90)		
Exploitant agricole	6 (2,82)	6 (4,35)		
Gérant/chef entreprise	2 (0,94)			3 (6,98)
Greffier	1 (0,47)	1 (0,72)		
Infirmier	3 (1,41)	2 (1,45)		
Ingénieur	2 (0,94)	2 (1,45)		
Inspecteur	1 (0,47)			
Jardinier	6 (2,82)	4 (2,90)		
Maçon	5 (2,35)	1 (0,73)		1 (2,33)
Magasinier/préparateur commandes	2 (0,94)	3 (2,17)		1 (2,33)
Manutentionnaire	2 (0,94)	1 (0,73)		
Mécanicien auto, PL	6 (2,82)	2 (1,45)		2 (4,65)
Mécanicien industriel	2 (0,94)	2 (1,45)		
Menuisier	2 (0,94)	1 (0,73)		
Militaire	1 (0,47)			
Ouvrier agricole	3 (1,41)	1 (0,73)		1 (2,33)
Ouvrier blanchisserie	1 (0,47)	1 (0,73)		
Ouvrier imprimerie	1 (0,47)	1 (0,73)		
Ouvrier production	15 (7,04)	3 (2,17)		1 (2,33)
Plombier chauffagiste	4 (1,88)			
Préparateur en pharmacie	2 (0,94)			
Réceptionniste	0 (0)			1 (2,33)
Responsable rayon	1 (0,47)	2 (1,45)		1 (2,33)
Responsable service/chef d’équipe	3 (1,41)	5 (3,62)		
Serrurier	1 (0,47)			
Serveur	3 (1,41)			
Soudeur	0 (0)	1 (0,73)		1 (2,33)
Surveillant/aide éducateur	0 (0)	3 (2,17)		1 (2,33)
Technicien audiovisuel	1 (0,47)	1 (0,73)		
Technicien bâtiment	2 (0,94)	1 (0,73)		
Technicien maintenance	2 (0,94)	1 (0,73)		1 (2,33)
Technicien qualité	2 (0,94)	3 (2,17)		
Technicien rénovation urbaine	1 (0,47)	1 (0,73)		
Technicien télécommunications	1 (0,47)	1 (0,73)		
Teinturier	0 (0)			1 (2,33)
Téléconseiller	1 (0,47)	1 (0,73)		
Vendeur/Employé Libre-Service	4 (1,88)	3 (2,17)		2 (4,65)
Visiteur médical	1 (0,47)	1 (0,73)		

Annexe 5 : Revue de la littérature de Palmer *et al.*
(Troubles musculo-squelettiques : efficacité interventions sur arrêts maladie et perte d'emploi)

References	Country	Materials			Interventions					Follow-up	Outcome(s)				
		Site(s) of pain	Weeks of sick leave (*weeks of symptoms) at entry	Maximum numbers analysed I/C	Exercise therapy	Behavioural intervention	Physical therapy	Workplace intervention	Service provision	Time point or interval, months	RTW	MSD-related job loss	Sickness absence during follow-up, days	High sickness absence in follow-up, %[a]	At work at time of follow-up
Anderson *et al.* [12]	Norway	Mixed	>12	14/20	X	X				6, 18	X				
Arnetz *et al.* [13]	Sweden	Mixed	Not stated	65/72		X		X		6, 12	X		X		
Aure *et al.* [14]	Norway	LBP	>8 to <26	27/22	X	X	X			1, 6, 12	X				
Bültmann *et al.* [15]	Denmark	Mixed	4–12	66/47				X	X	3, 6, 12	X		X		
Cheng and Hung [16]	Hong Kong	UL	>12	46/48	X				X	0.25	X				
Faber *et al.* [17]	The Netherlands	LBP	3–12	56/56		X			X	6	X		X		
Fleten and Johnsen [18]	Norway	Mixed	>2	495/495		X				12	X				
Godges *et al.* [19]	USA	LBP	Not stated	16/18	X	X	X			1, 3	X				
Haldorsen [20–23]	Norway	Mixed	8	312/157	X	X		X		12	X				
Haugli *et al.* [24]	Norway	Mixed	Unclear	63/33		X				6-12			X		X
Heymans *et al.* [25]	The Netherlands	LBP	3–6	98/103	X	X				12	X		(X)[a,b]	X	
Hlobil [26–29]	The Netherlands	LBP	⩾4	67/67	X	X				12	X		X		
Jensen *et al.* [30]	Sweden	Axial	⩾12–52	33/30	X	X				6, 12–18		X	X		
Jensen *et al.* [31, 32]	Sweden	Axial	4–26	37/28	X	X		X		36		X	X		X
Kääpä *et al.* [33]	Finland	LBP	(52-week LBP*)	53/54	X	X		X		0–12, 12–24				X	
Lambeek *et al.* [34]	The Netherlands	LBP	⩾12	66/68	X	X		X	X	12	X		(X)[a,b]		
Lindh *et al.* [35]	Sweden	Axial	Not stated[1]	151/134	X	X		X	X	6, 12, 18, 24, 60	X	X			
Lindström [36–38]	Sweden	LBP	8	51/52	X	X		X		1.5, 3, 12–24	X		X		
Loisel *et al.* [39, 40]	Canada	Back	>4–12	56/26	X	X		X	X	12	X		(X)[a,b]		
Marhold *et al.* [41]	Sweden	Axial	8–26; >52	18/18		X				0–2, 2–4, 4–6			X		
Meijer *et al.* [42]	The Netherlands	UL	Unclear	20/14	X	X		X		2, 6, 12					X
Mitchell and Carmen [43]	Canada	Mixed	>12	271/271	X	X				0–24	X		X		
Molde *et al.* [44]	Norway	LBP	8–12	237/220	X	X				12, 24, 36	X		X		
Niemisto *et al.* [45]	Finland	LBP	(Chronic LBP*)	81/78	X	X	X			0–24			X		
Nystuen and Hagen [46]	Norway	Mixed	>7	46/37		X				6	X		X		
Roelofs *et al.* [47]	The Netherlands	LBP	Not stated[2]	183/177				X		0–12			X		
Scheel *et al.* [48]	Norway	LBP	>2	2232/1902					X	12	X		X		
Schultz *et al.* [49]	Canada	Back	4–10	35/37		X		X	X	3, 6	X				
Soukup *et al.* [50]	Norway	LBP	Not stated	34/35	X	X				0–12			X		
Stankovic and Johnell [51]	Sweden	LBP	(4w LBP*)	50/50	X	X				0–3			X		
Steenstra [52–54]	The Netherlands	LBP	2–6	96/100	X	X		X	X	12	X				
Torstensen *et al.* [55]	Norway	LBP	8–52	71/70	X	X	X			12	X	X			X
Van den Hout *et al.* [56]	The Netherlands	LBP	Unclear	44/39	X	X		X		6, 12		X			X
Verbeek *et al.* [57]	The Netherlands	LBP	>9 days	61/59		X			X	12, 0–12	X		X		
Cohort															
Brown *et al.* [58]	USA	LBP	Not stated	70/70	X	X				0–6			X		
Durand and Loisel [59]	Canada	Back	>12	28/49		X		X		24	X				
Feuerstein *et al.* [60]	USA	UL	>12	19/15	X	X		X		17–18	X				
Gard *et al.* [61]	Sweden	LBP	Mean = 8	40/46	X	X				1	X	X			
Jensen and Bodin [62]	Sweden	Axial	⩽26	67/28	X	X				0–18			X		
Klemetti *et al.* [63]	Finland	Neck	(Current NP*)	35/44	X	X				0–6				X	
Leino *et al.* [64]	Finland	LBP	Not stated	87/61	X	X		X		0–12			X		
Sinclair *et al.* [65]	Canada	Mixed	⩽3	?	X	X	X			12	X		24[a,b]	2	4
All studies ($n = 42$)					30	37	5	17	10		27	5			

SERMENT

⌘⌖⌘⌖⌘

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

⌘⌖⌘⌖⌘