

Prévention et lutte contre la désinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap ou malades

Contribution du CNCPH

15 mars 2018

Alors que des réformes majeures¹ sont en cours et qu'elles auront un impact sur l'accès, l'évolution professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap ou malades, alors que plusieurs rapports ont été publiés au cours des derniers mois et que différentes missions sont en cours, dont celle « *pour faciliter et sécuriser l'emploi* » confiée par la Ministre du Travail, la Ministre des Solidarités et de la Santé et la Secrétaire d'Etat en charge des personnes handicapées à Dominique Gillot, sa présidente, le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) a décidé de se saisir de plusieurs sujets, dont celui de la prévention et de la lutte contre la désinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap ou malades qui est l'objet de la présente contribution.

Le CNCPH alerte depuis de nombreuses années sur l'importance de ce sujet et sur l'urgence de sa prise en compte. Plusieurs rapports ont été publiés au cours de la dernière décennie, en particulier, celui rédigé en 2007 qui déjà signalait la gravité du sujet² -notamment le nombre de personnes concernées- et celui de 2014³ qui pointait que **95% des salariés déclarés inaptes étaient licenciés** et qu'une petite minorité d'entre eux seulement parvenait à retrouver un emploi.

Aujourd'hui, le rapport « *Prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés* » publié en janvier 2018 par l'IGAS⁴ souligne que « *ce sont vraisemblablement*

¹ Projet de loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel incluant des sujets tels que la rénovation de l'obligation d'emploi, l'apprentissage, la formation professionnelle, l'assurance chômage, le projet de loi plan d'action pour la croissance et la transformation des entreprises ou l'ouverture du chantier sur les retraites

² Rapport « Aptitude et inaptitude médicale au travail: diagnostic et perspectives » H. Gosselin, janvier 2007
« Pour l'année 2004, on peut estimer que les médecins du travail du régime général ont délivré près de 470 000 avis d'inaptitude dont un peu plus de 200 000 temporaires pendant que leurs confrères du régime agricole déclaraient inaptes 7746 salariés, dont 4218 de façon temporaire. Mais pour avoir une idée plus complète de la situation, il faudrait, pour le seul régime général, signaler qu'un peu plus d'un million d'avis d'aptitude comportent des restrictions d'aptitude ou des demandes d'aménagement de poste (respectivement, 950 000 et 240 000).» <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000158/index.shtml>

³ Rapport IGAS « Aptitude et médecine du travail », M. Issindou, Mai 2015 <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article465>

⁴ Rapport IGAS « *Prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés* », janvier 2018 par <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article646>

1 à 2 millions de salariés, soit 5 à 10% d'entre eux, qui sont exposés au risque de perdre leur emploi à court ou moyen terme en raison d'un problème de santé ou d'un handicap ».

Dans un contexte de vieillissement de la population française, d'allongement de la vie professionnelle et d'évolution des métiers et des conditions de travail (intensification, automatisation, densification notamment), le CNCPH considère que cette situation ne peut que se dégrader. Le nombre d'attribution de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et le nombre de demandeurs d'emploi en situation de handicap ou malades progressent déjà de façon continue, depuis plusieurs années, pour –concernant ces derniers– atteindre aujourd'hui plus de **510 000 personnes**⁵ dont la majeure partie est éloignée durablement de l'emploi. Parmi eux, chaque année plus de 60 000 personnes s'inscrivent à Pole Emploi suite à un licenciement motivé par une inaptitude.

Cette situation n'est plus acceptable. Le CNCPH considère qu'il s'agit d'un véritable sujet de société dont il faut se charger effectivement, par-delà les bonnes intentions inscrites dans la Convention nationale pluriannuelle multipartite de mobilisation pour l'emploi des personnes en situation de handicap 2017-2020 signée en novembre 2017⁶, de l'engagement du troisième Plan santé au travail⁷ 2016-2020 ou des différents Plans (Cancer, PMND...) et des orientations stratégiques fixées dans le Plan stratégique Agefiph pour 2018.

1) Du maintien dans l'emploi à la prévention et à la lutte contre la désinsertion professionnelle : le rapport Igas 2018 pour la prévention de la désinsertion professionnelle va dans le bon sens

La démarche de maintien dans l'emploi s'est muée en démarche de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), le CNCPH y adhère et souhaite y ajouter une dimension supplémentaire en appelant à une action offensive et déterminée pour **la prévention et la lutte contre la désinsertion professionnelle**.

Il adhère également à la prise en compte d'un périmètre large incluant à la **fois les personnes en situation de handicap et les personnes malades**. La prévalence des risques d'exclusion professionnelle concernant les personnes présentant des maladies chroniques évolutives et des troubles psychiques nous enjoint à mettre en place une stratégie globale.

La dynamique engagée doit **être encouragée et amplifiée fortement pour prévenir efficacement les risques de désinsertion professionnelle et lutter contre l'exclusion du monde du travail subie par trop de personnes en situation de handicap ou malades**.

Elle doit s'accompagner d'une **véritable évolution culturelle dans l'accompagnement des parcours** : décroisement et fluidification des interventions et de leurs articulations, approche pluridisciplinaire, coopération des acteurs de santé entre eux et avec les autres acteurs, notamment du social, du médico-social et de l'insertion, activation de la période d'arrêt de travail au moyen de la formation professionnelle...

Elle doit prendre en compte l'enjeu fondamental de **l'accessibilité et de la conception universelle**. L'arrêté sur l'accessibilité des locaux de travail dans le neuf attendu depuis 2009

⁵ source : Pole Emploi, décembre 2018

⁶ https://www.cnsa.fr/documentation/convention_multipartite_2017-2020_-_16_11_2017.pdf «Section 3 : Amplifier l'action coordonnée en faveur du maintien en emploi, pour tous (salariés, non salariés et employeurs)», article 5, Convention pluriannuelle multipartite

⁷ <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf> objectif opérationnel n°5 relatif au maintien dans l'emploi

n'est toujours pas publié. La fracture numérique liée à la non-prise en compte de l'accessibilité numérique peut constituer un frein majeur pour les salariés et agents.

La démarche de prévention et de lutte contre la désinsertion professionnelle doit être mieux articulée avec les sujets de la vie de l'entreprise : de **prévention des risques professionnels**, de **qualité de vie au travail (QVT)** et de **gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GEPC)**, de **formation professionnelle** notamment. Elle doit être un véritable objet de **dialogue social** au sein de l'entreprise.

Le CNCPH considère les 30 recommandations proposées autour de 4 axes⁸ par le rapport Igas 2018 relatif à la *prévention de la désinsertion professionnelle* comme les supports de réelles avancées si elles sont mises en œuvre.

Il s'interroge cependant sur l'articulation de ces recommandations avec le rapport Igas-Igaenr relatif à *l'attractivité des professions de santé au travail*⁹ publié en août 2017 et à la mission sur la santé au travail confiée en janvier 2018 à la députée Charlotte Lecocq, Henri Forest et Bruno Dupuis, dont les conclusions seront remises fin avril 2018.

D'autant que le contexte de **pénurie de médecins du travail en France** est particulièrement prégnant. « *Il y a aujourd'hui 4 858 médecins du travail pour 18 millions de salariés dans le secteur privé. En dix ans, nous en avons perdu 30 % et aujourd'hui, 75 % de ces médecins ont plus de 55 ans* » a indiqué la Ministre du Travail.

Les estimations qui circulent sont peu rassurantes : le contexte d'évolution des effectifs de médecins du travail est préoccupant, les effectifs de la spécialité *médecine du travail* diminueraient de 61,7 % d'ici 2030. Selon la Cour des Comptes, à l'horizon 2015, on ne devait plus compter qu'environ 3 200 médecins du travail en poste, à temps partiel pour 54 % d'entre eux. Le rapport Igas-Igaenr éclaire les perspectives démographiques de cette discipline et les évolutions organisationnelles nécessaires pour assurer le suivi de l'état de santé des salariés à moyen terme avec les effectifs médicaux projetés qui suppose notamment de former un nombre plus important d'infirmiers de santé au travail. Il a formulé plusieurs propositions pour rendre plus attractive la médecine du travail, sous l'angle de la formation initiale, des voies de recrutement, du périmètre des compétences, des liens avec les autres professionnels de santé et de la structuration hospitalo-universitaire de la discipline. Les médecins du travail seraient dès lors, à horizon de 10 ans, en nombre suffisant dans le cadre des obligations et des évolutions organisationnelles induites par la loi du 8 août 2016, dans un périmètre qui intègre la notion de service de santé au travail (approche pluridisciplinaire et non plus réduite au seul rôle du médecin du travail).

Les conséquences de la démographie médicale des médecins du travail sur la disponibilité des services de santé au travail sont inquiétantes pour tous, par-delà la

⁸ 4 axes : (1) *mieux informer et promouvoir des interventions plus précoces*, (2) *mieux prendre en compte les salariés en risque de désinsertion professionnelle dans les entreprises et dans les dispositifs de droits commun de la politique de l'emploi et de la formation professionnelle*, (3) *renforcer l'investissement des SST et mieux coordonner les acteurs*, (4) *améliorer certains dispositifs et développer de nouvelles formes d'intervention*.

⁹ Rapport Igas Igaen « *Attractivité et formation des professions de santé au travail* », Août 2017 <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-023R.pdf> Prévu par la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, ce rapport interinspections avait pour objectif de présenter "*des propositions pour renforcer l'attractivité de la carrière de médecin du travail, pour améliorer l'information des étudiants en médecine sur le métier de médecin du travail, la formation initiale des médecins du travail ainsi que l'accès à cette profession par voie de reconversion*".

raréfaction des contacts avec les services de santé au travail qui concernent l'ensemble des **salariés du secteur privé**, elles concernent aussi :

- les **agents de la fonction publique**, où la situation des médecins du travail ou des médecins de prévention est parfois aggravée,
- les **travailleurs d'ESAT**. Si les travailleurs qui y sont accueillis sont usagers d'une structure sociale et médicosociale et ne sont pas assimilables à des salariés de droit commun. Les dispositions du Code du travail concernant l'hygiène, la sécurité et la médecine du travail leur sont applicables.

Or certains services de santé au travail, victimes de cette démographie, en viennent désormais à cesser toute intervention auprès de ces travailleurs au motif qu'ils ne bénéficient pas de contrat de travail de droit privé, les services de santé au travail arguant qu'ils font de même pour les agents relevant de la fonction publique¹⁰. Ces tendances sont inquiétantes pour toutes les personnes qui travaillent et les solutions mises en place doivent tous les concerner : secteur privé, secteur public, milieu ordinaire, milieu protégé.

Outre cet enjeu de disponibilité des services de santé au travail, force est de constater l'insuffisance de la formation, initiale et continue, des médecins et infirmiers de santé au travail aux situations de handicap : information sur les déficiences, les causes de handicap et leurs répercussions sur la situation de travail, les droits des personnes mais aussi sur les outils de compensation, ainsi que sur le partenariat avec les autres acteurs de la santé susceptibles de venir en appui de leurs préconisations (médecine physique et de réadaptation, centres de référence maladies rares, médecins-conseil, ergothérapeutes, etc.).

2) Face à ces enjeux, des leviers doivent être actionnés pour rendre effectif l'engagement pour la prévention et la lutte contre la désinsertion professionnelle

Le CNCPH relève :

2.1 L'absence ou l'insuffisance d'information ou de maîtrise de l'information par les acteurs pivot de la prévention de la désinsertion professionnelle.

La démarche précoce d'insertion et l'anticipation des situations constituent la meilleure des armes pour éviter la désinsertion professionnelle.

Le CNCPH recommande la mise en place de campagnes nationales et locales d'information et de communication coordonnées pour promouvoir l'intervention précoce. Le déploiement de ces campagnes doit être ciblé auprès de *l'ensemble des acteurs de santé* (hôpital, médecine de ville, services de santé au travail, services de l'Assurance maladie...), des *employeurs* qu'ils soient privés ou publics et des *travailleurs eux-mêmes* qu'ils soient salariés, agents de la fonction publique ou travailleurs d'ESAT.

Il recommande également :

- **d'améliorer la coordination des acteurs et le déploiement de partenariats territoriaux forts** impliquant les services sociaux, les unités territoriales des DIRECCTE, les OPCA, les centres de gestion et le CNFPT...mais aussi les acteurs associatifs et médico-sociaux ;
- **de renforcer l'action des CARSAT et de la MSA** en prévoyant une clarification du message aux assurés sociaux, en **assurant symétriquement un dispositif capacitaire** susceptible de gérer efficacement et rapidement les situations ;

¹⁰ https://www.larep.fr/olivier/social/sante/2017/10/03/par-manque-d-effectifs-la-medecine-du-travail-du-loiret-ne-s-occupe-plus-de-certains-travailleurs-handicapes_12575238.html

- de sécuriser les démarches engagées à l'égard l'un de l'autre, tant par les employeurs que par les salariés, pendant l'arrêt de travail ;
- de consolider le message sur le rôle des services de santé au travail tout au long du parcours professionnel des salariés/agents/travailleurs (notamment au moment de la visite initiale d'information et de prévention et rappelé systématiquement à chaque visite) et sur la visite de pré-reprise. Pour cette dernière, le CNCPH propose de clarifier son objet en la rebaptisant plus clairement en proposant « *visite en cours d'arrêt de travail en vue d'une reprise du travail* » ;
- de simplifier les démarches des personnes concernées (cf propositions de la commission emploi du CNCPH relatives à la mission Taquet-Serres).

Le CNCPH recommande **d'améliorer la relation de confiance entre les assurés sociaux et l'Assurance Maladie pendant l'arrêt de travail**. Cette relation de confiance doit s'appuyer sur une qualité optimale d'accès aux droits (optimiser le versement des indemnités journalières, limiter les tracasseries administratives, ...). Le triple rôle médical, administratif et social de l'Assurance Maladie n'est pas toujours rassurant pour l'assuré social. Les messages délivrés par les services des CARSAT pour la prévention de la désinsertion professionnelle (offre de service, invitation aux sessions d'information collective) doivent intégrer ces craintes des assurés sociaux dont la situation sociale peut s'avérer précaire, la maîtrise de messages administratifs peut être source d'inquiétude à des moments de vulnérabilité forte pour les personnes concernées.

2.2 L'inégale prise en compte des moyens concourant à la prévention de la désinsertion professionnelle et la nécessité de renforcer les droits existants

2.2.1 Développer l'offre de service pour l'accompagnement au maintien dans l'emploi et à la prévention de la désinsertion professionnelle qui doit permettre la mise en œuvre d'un appui personnalisé autour de la mobilisation de différentes compétences complémentaires du champ social, médical, médico-social et professionnel, en particulier pour les PME.

2.2.2 Simplifier l'accès à cette offre d'accompagnement.

La multiplicité des acteurs intervenant dans le champ du maintien dans l'emploi est parfois nécessaire compte tenu de la complexité de certaines situations. Mais la complexité des démarches ne doit pas être à la charge ou reposer sur les bénéficiaires de l'action de prévention de la désinsertion, qu'il s'agisse des employeurs ou des personnes concernées elles-mêmes. Une meilleure lisibilité du rôle de chacun et une meilleure articulation des interventions doivent être recherchées. Les travaux engagés visant à cartographier¹¹ les acteurs du maintien dans l'emploi doivent être mieux diffusés.

2.2.3 Développer l'anticipation et la mobilisation des dispositifs d'orientation et de formation professionnelle au bénéfice de la prévention de la désinsertion professionnelle

Parce que certains métiers surexposent à des risques professionnels, que certaines issues sont prévisibles en termes d'usure professionnelle ou de pénibilité à moyen terme ..., **le CNCPH recommande de mieux articuler les dispositifs de prévention de la désinsertion et l'ensemble des dispositifs visant à anticiper ces situations :**

- dispositifs d'évaluation/d'entretien professionnel,

¹¹ <http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/maintien-dans-l-emploi/prevention-et-maintien-dans-l-emploi-10705/>

- dispositifs d'orientation et de pré-orientation,
- dispositifs de gestions des emplois, des compétences et des carrières,
- dispositifs de formation professionnelle.

Le CNCPH demande que, dans le cadre des réformes en cours relatives à la liberté de choisir son avenir professionnel qui vont toucher notamment la formation professionnelle et l'assurance chômage, la situation des personnes reconnues inaptes et des personnes malades ou en situation de handicap fasse l'objet d'une attention particulière et de mesures dédiées.

Ces mesures doivent pouvoir toucher :

- **tant le dispositif d'évaluation et d'orientation, notamment le conseil en évolution professionnelle**, au sujet duquel une vigilance particulière sur ces situations doit être intégrée en incluant une compétence sur les situations d'inaptitude, d'appréhension des conséquences des maladies ou du handicap sur l'emploi et la formation ;
- **que le volet formation professionnelle**. A cet égard, le CNCPH rappelle qu'un million de personnes en situation de handicap sont en emploi en milieu ordinaire de travail, que chaque année plusieurs centaines de milliers de personnes sont déclarées inaptes et que 95% d'entre elles sont licenciées de ce fait. Les dispositifs intégrés au compte personnel d'activité (CPA) notamment le CPF et le C2P doivent en tenir compte.

Le CNCPH demande notamment que les mesures d'abondement du CPF envisagées, dans la loi en préparation, par le gouvernement pour les salariés à faible niveau de qualification, soient étendues aux personnes inaptes, malades ou en situation de handicap, quel que soit leur niveau de formation, dont on sait qu'elles sont tout particulièrement exposées à la désinsertion et à l'exclusion du monde du travail.

Sur l'ensemble de ces sujets (CEP et CPF notamment), le CNCPH demande que les services de santé au travail et, en particulier, le médecins du travail soient mieux informés des droits ouverts à l'ensemble des salariés afin de permettre de les mobiliser au mieux dans une stratégie d'anticipation, de prévention et de lutte contre la désinsertion professionnelle.

2.2.4 Développer spécifiquement l'accès à l'orientation et la formation pendant l'arrêt de travail

Certains droits ouverts devraient être équivalents dans le secteur privé comme dans le public afin de favoriser le maintien en emploi, ainsi en est-il du droit à l'orientation et à la formation pendant l'arrêt de travail.

Depuis les lois de financement de la sécurité sociale pour 2009 et pour 2011¹², les salariés de droit privé en arrêt de travail, quelle qu'en soit l'origine (professionnelle ou non), peuvent bénéficier d'un bilan de compétences et de formation pendant l'arrêt de travail. La prise en compte du financement des formations pendant l'arrêt par les OPCA a été garantie par la loi du 05 mars 2014. L'effectivité de cette disposition n'est cependant pas mesurée aujourd'hui. Est-elle mobilisée ? Dans quelle proportion ?

Le CNCPH recommande la mise en place d'une action d'évaluation, en lien avec les OPCA, afin de vérifier l'activation de cette disposition. Elle permettrait d'identifier le cas échéant les éventuels freins à sa mise en œuvre et d'engager des

¹² pour les salariés AT-MP [LOI no 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 – article 100](#) et ceux atteints d'une maladie ou victime d'un accident non professionnel [LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 84](#)

actions pour développer l'incitation à l'activation de la période d'arrêt au bénéfice des parcours professionnels et pour éviter la désinsertion professionnelle.

Par ailleurs, cette possibilité n'existe pas pour les agents de la fonction publique. Le CNCPH recommande d'aller plus loin pour la prévention de la désinsertion dans la fonction publique, il appelle à la publication du décret relatif à la période de préparation au reclassement (PPR), mais aussi au lancement de travaux complémentaire permettant d'aller vers la mise en place de la PPR pendant l'arrêt de travail, à l'équivalent de ce qu'il est possible de mettre en place dans le secteur privé, et cela, quelle que soit l'origine de la pathologie ou de l'accident.

2.3 Le conseil social et économique des entreprises introduit par les ordonnances travail reprend notamment une partie des prérogatives du CHSCT (droit à consultation, droit d'expertise, droit d'agir en justice, ...). Les questions de santé, sécurité et conditions de travail doivent au moins être abordées quatre fois par an dans les réunions du CSE. Toutefois le nombre de sujets abordés, de représentants et d'heures de délégation font craindre que les sujets emploi et économiques prennent le pas sur les sujets de santé. La formation et l'engagement des représentants au CSE sont à encourager et à renforcer pour garantir un véritable engagement à défaut duquel les salariés en situation de handicap ou malades pourraient être pénalisés par cette évolution.

2.4 La mise en œuvre des mesures appropriées et des aménagements raisonnables n'est pas toujours optimale.

Le guide publié récemment par le Défenseur des droits¹³ précise le cadre de référence pour la mise en œuvre de cette obligation inscrite tant dans la convention internationale des droits des personnes handicapées ratifiée par la France en 2010 que dans la Loi du 11 février 2005. Il doit pouvoir utilement servir les intérêts des personnes en situation de handicap ou malades mais aussi les employeurs dans le cadre de leur obligation de reclassement.

Ce guide réaffirme notamment les obligations de l'employeur en matière d'accessibilité des locaux et des outils de travail, d'accessibilité numérique et de télétravail. Leur mise en œuvre est déterminante pour garantir l'égalité de traitement en matière d'emploi.

2.5 Le retour au travail des personnes licenciées pour inaptitude n'est pas encore efficacement et précocement appréhendé

Le licenciement suite à une inaptitude n'est pas toujours évitable et pas toujours une mauvaise chose pour la personne concernée, selon le contexte et les situations. Dans certaines situations, il peut même être nécessaire. Cependant cette rupture du contrat de travail ne doit pas conduire une exclusion durable voire définitive du monde du travail. Il est impératif de sécuriser cette transition et de l'accompagner pour permettre un retour à l'emploi dans les meilleures conditions et aussi rapidement que possibles. La proposition présentée dans le rapport Igas de **maintenir la responsabilité et l'offre de service des services de santé au travail postérieurement au licenciement pour une durée limitée** en soutien de la démarche d'accompagnement au retour à l'emploi du SPE est une mesure intéressante.

A cet égard, le CNCPH recommande la mise en place de quatre mesures spécifiques :

¹³ [www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/guide -
emploi des personnes en situation de handicap et aménagement raisonnable.pdf](http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/guide_-_emploi_des_personnes_en_situation_de_handicap_et_aménagement_raisonnable.pdf)

- **La prise en charge précoce de l'accompagnement des parcours des personnes licenciées pour inaptitude** en s'inspirant de l'expérimentation LINA¹⁴ déployée par Pole Emploi au moyen de la création d'un contrat de sécurisation professionnelle pour les personnes licenciées pour inaptitude ;
- **L'activation des services de pré-orientation et d'orientation de type CEP** qui, chaque fois que nécessaire, doit pouvoir être envisagée ;
- **La mise en place de dispositifs de projection de ressources** permettant aux personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité ou d'une allocation aux adultes handicapés d'envisager un retour à l'emploi sans fragilisation de leur équilibre économique¹⁵ ;
- **L'assouplissement du cumul Emploi/AAH-RSDAE (art.L821-2 du code de la sécurité sociale) qui est aujourd'hui strictement réglementé et ne doit plus être une trappe à inactivité.** Toutes les associations réclament depuis 2011 que ce verrou réglementaire soit levé afin de permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder à un emploi, y compris à mi-temps. Le CNCPH demande à mettre en conformité les dispositions du décret du 16 août 2011 (le 5 de l'art D821-1-2 du code de la sécurité sociale) avec la législation du travail relative à la durée minimale de travail du salarié à temps partiel, issue de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi afin de rendre compatible la reconnaissance d'une RSDAE avec une activité inférieure ou égale à cette durée minimale légale.

2.6 Le maintien en emploi ne doit pas pénaliser les employeurs de « dernier recours »

Le rapport IGAS/IGF sur les entreprises adaptées¹⁶ précise que le profil des salariés entrant dans l'entreprise adaptée¹⁷ est divers mais qu'une grande majorité sont des « *travailleurs handicapés dont le handicap a été reconnu au terme d'une première carrière en entreprise classique* ». Il s'agit en général de personnes en situation de handicap moteur (accident du travail ou maladie professionnelle), de maladie invalidante ou de handicap psychique. Disposant d'une certaine expérience professionnelle mais souvent dans des métiers recrutant à faible niveau de qualification, ces personnes présentent une moyenne d'âge supérieure à la moyenne de la population active. Les salariés des entreprises adaptées sont plus âgés en moyenne¹⁸ que l'ensemble des publics en insertion ou en contrat aidé. Les entreprises adaptées ont été particulièrement attentives et « bon élèves » dans la mise en place du plan pour l'emploi des seniors considéré comme une priorité nationale. Cela s'est traduit, dans les entreprises adaptées, par l'embauche de nombreuses personnes en situation de handicap de plus de cinquante ans.

¹⁴ www.pole-emploi.org/files/live/sites/peorg/files/documents/Statistiques-et-analyses/E%26S/es_31_licencies_pour_inaptitude30554.pdf

¹⁵ La complexité des dispositifs de cumul de l'AAH ou d'une pension d'invalidité avec un emploi est de nature à freiner les parcours d'accès ou de retour à l'emploi. **La commission demande la mise en place d'un calculateur/simulateur utilisable par tous pour les bénéficiaires de l'AAH et les titulaires de pension d'invalidité** configuré pour leur permettre d'estimer leur situation en cas de changement. **La sécurisation des parcours commence par une sécurisation du niveau de vie de personnes vulnérables**

¹⁶ Rapport 2016 IGAS- IGF « Les Entreprises Adaptées » : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-066R_.pdf

¹⁷ Les entreprises adaptées permettent à leurs salariés en situation de handicap « d'exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leurs possibilités, favorisant ainsi la réalisation de leur projet professionnel en vue de la valorisation de leurs compétences, de leur promotion et de leur mobilité au sein de la structure elle-même ou vers d'autres entreprises » (art. L. 5213-13 code du travail). Le soutien financier de l'État leur permet d'être compétitives dans le secteur concurrentiel en dépit de la spécificité de leur main d'œuvre.

¹⁸ La part des plus de 50 ans en entreprise adaptée est de 38 %, contre 24 % en ESAT, entre 11 % et 17 % dans les différentes structures d'insertion, et entre 26 % et 32 % pour les contrats uniques d'insertion.

Avec la concentration d'une forte proportion de public à risque (80% de personnes en situation de handicap), les entreprises adaptées subissent une vague d'inaptitudes relatives à ces emplois de personnels dont la carrière précédente est la cause de leur incapacité à travailler jusqu'à l'âge de la retraite. Dès lors, tous les coûts du traitement social de ces situations augmentent exponentiellement et, à titre d'exemple, plusieurs entreprises adaptées se sont vu être radiés ces dernières années de leur régime de prévoyance (pour certaines, deuxième radiation en quatre ans).

L'ensemble des surcoûts liés au traitement social de la situation (complémentaire santé, prévoyance, taux AT-MP, indemnités d'inaptitude, absentéisme supplémentaire, ...) représentent des proportions importantes que les aides de l'Etat ne permettent plus de couvrir. Il y a une dizaine d'années la totalité de l'aide perçue (AAP) était affectée à la compensation du handicap, aujourd'hui plus de la moitié est consommée par des charges externes liés aux surcoûts sociaux.

Le CNCPH estime qu'il est maintenant urgent de prendre en compte ces situations et de proposer des solutions efficaces :

- **Un plafonnement du taux AT/MP**
- **La création d'une prévoyance spécifique** dont le financement pourrait être mutualisé.

3) L'engagement pour la prévention et la lutte contre la désinsertion professionnelle est stratégique

Au vu de l'impact de l'exclusion du monde du travail subie par des milliers de personnes en situation de handicap ou malades, le rôle stratégique de la prévention et la lutte contre la désinsertion professionnelle apparaît pleinement. Le CNCPH estime qu'il est nécessaire d'agir sur quatre leviers pour favoriser la prévention et la lutte contre la désinsertion professionnelle :

- le pilotage de la stratégie de prévention et de lutte contre la désinsertion professionnelle
- la lisibilité des dispositifs et la transversalité des démarches
- le suivi et l'évaluation de la politique déployée
- le déploiement d'une stratégie non discriminante

3.1 Garantir un pilotage et une déclinaison territoriale

Un pilotage national et régional fort, interinstitutionnel est seul garant de l'efficacité d'un engagement pour la prévention et la lutte contre la désinsertion professionnelle. Il doit mobiliser tous les acteurs concernés de santé, du social, du médico-social, de l'insertion professionnelle, de l'orientation et de la formation. Cette mobilisation doit intervenir à tous les échelons territoriaux et dans tous les domaines.

Au plan régional, le rôle des PRITH, des CREFOP et des CROCT doivent être renforcés sur le sujet.

3.2 Veiller à la lisibilité des dispositifs mis en place et favoriser la transversalité des actions

Les actions conduites pour la prévention de la désinsertion et la lutte contre la désinsertion professionnelles restent insuffisamment transversales et peuvent apparaître complexes aux néophytes.

Un enjeu de simplification en « front office » est indispensable pour favoriser l'accès à ces dispositifs. La complexité doit être l'affaire des organisations pas des bénéficiaires, salariés ou employeurs, qui doivent pouvoir disposer d'un service adapté, complet et rapidement mis en œuvre. Les actions de simplification, d'harmonisation, de

communication, d'information et de formation de l'ensemble des acteurs mobilisés autour d'un enjeu commun sont essentielles à mettre en œuvre et cela dans les meilleurs délais.

3.3 Assurer le suivi et l'évaluation de la politique de prévention et de lutte contre la désinsertion professionnelle

Au vu des enjeux, le déficit statistique et d'évaluation de la politique de prévention de la désinsertion professionnelle n'est pas acceptable. Les données qui circulent reposent sur des approches parcellaires ou territoriales parfois datées. Les indicateurs actuels sont insuffisants pour mesurer l'efficacité des dispositifs de veille, de signalement et de traitement des situations.

Le CNCPH recommande la mise en place d'instruments et d'indicateurs concourant à une évaluation globale des risques à couvrir et des résultats des actions menées pour la prévention de la désinsertion professionnelle.

Une transparence des données est fondamentale (analyse des besoins, appréciation des résultats obtenus). Ainsi, par exemple, les rapports des services de santé au travail devraient, à côté du recensement du nombre d'inaptitudes, inclure le nombre de maintiens dans l'emploi et les actions qui ont pu être réalisés, les types d'entreprises et les secteurs d'activité concernés, les profils des bénéficiaires (salariés et employeurs) et permettre ainsi de rendre effectifs des indicateurs de prévention primaire, secondaire et tertiaire, en cohérence avec le Plan National Santé Travail. L'exploitation de ces rapports devrait être systématisée.

3.4 Agir précocement pour l'inclusion dans un cadre non-discriminant

Enfin le CNCPH regrette unanimement que le recours à certains dispositifs, actions ou mesures visant la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien dans l'emploi nécessite un passage obligé par la RQTH.

- **Cette démarche est synonyme de perte de temps** alors que l'action précoce est un facteur efficace de prévention de la désinsertion professionnelle ;
- **Cette démarche peut se révéler stigmatisante** et difficile à appréhender pour nombre de personnes qui si elles sont malades ne se reconnaissent pas toujours comme handicapées. Cette démarche peut même se révéler contreproductive dans certaines situations.

Le CNCPH demande de cesser le travail en silos et le fonctionnement au statut, d'arrêter de mettre les personnes dans les cases pour traiter chaque situation comme il se doit.

Ainsi et afin d'agir précocement, sans frein, sans contrainte supplémentaire et de fluidifier effectivement les parcours des personnes inaptes ou susceptibles de l'être à court terme, le CNCPH demande que les actions qui ne sont actuellement mises en œuvre qu'au bénéfice des bénéficiaires de l'obligation d'emploi (art. L5212-13 du code du travail) soient également ouvertes pour toute personne nécessitant des mesures précoces de maintien en emploi ou reconnue inapte.

Cette demande s'inscrit en articulation avec l'obligation de reclassement de l'employeur (art. L1226-2 du code du travail) et concerne :

- *la mise en place des mesures appropriées* prévues à l'article L5213-6 du code du travail ;
- *les actions, mesures, dispositifs, prestations et opérateurs spécifiques mis en place par l'Agefiph et le FIPHFP ou l'assurance maladie (MSA et CNAMTS) pour l'accompagnement des situations d'inaptitude ou de maintien dans l'emploi.*

A minima, le CNCPH demande la mise en place d'une mesure transitoire valant équivalence de RQTH pour une durée limitée dans le temps (6 à 12 mois), cette mesure serait à la main des médecins du travail.

Les fonctionnements actuels constituent des freins qu'il est largement temps de dépasser dans un cadre de simplification et d'efficience pour améliorer effectivement les résultats de la prévention de la désinsertion professionnelle.