



INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP À PARIS

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
1^{RE} PARTIE : LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EN DEMANDE AUPRÈS DE LA MDPH	7
Éléments de méthodologie	8
1.1. Profil de l'ensemble des personnes	7
1.1.1. L'arrondissement d'habitation	13
1.1.2. Le type de handicap et son origine	15
1.1.3. Caractérisation des demandeurs selon le genre	17
1.1.4. L'âge des demandeurs	20
1.1.5. La situation familiale	22
<i>Zoom sur les personnes de nationalité européenne ou non communautaire</i>	25
1.2. Profil des primo-demandeurs de RQTH en 2008	26
1.2.1. L'arrondissement d'habitation	27
1.2.2. Le genre des primo-demandeurs de RQTH en 2008	28
1.2.3. L'âge des primo-demandeurs de RQTH en 2008	28
1.2.4. La situation familiale des primo-demandeurs de RQTH en 2008	30
1.2.5. Le type de handicap et son origine	30
2^E PARTIE : ORIENTATIONS ET TRAJECTOIRES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	31
Éléments de méthodologie	32
2.1. Préambule sur l'orientation professionnelle	31
<i>Zoom sur les SAVS</i>	35
2.2. Les attentes et besoins des personnes en demande de reconnaissance	36
2.2.1. L'accès à l'emploi	37
2.2.2. La formation	40
2.2.3. Le maintien dans l'emploi	44
2.2.4. Les ressources	45
<i>Zoom sur l'AAH et le RMI/RSA</i>	46
2.2.5. Le logement	48
2.2.6. L'accompagnement médico-social	49
2.3. Le devenir des personnes après la reconnaissance	49
2.3.1. Origine et attendus de la reconnaissance	49
2.3.2. Le devenir des personnes selon leurs situations	53
2.3.3. L'utilisation de la RQTH	56

2.4. Acteurs relais et accompagnement	59
2.4.1. Les organismes mentionnés sur la notification	59
2.4.2. Les contacts pris suite à la notification	60
2.4.3. Accompagnement vers l'emploi et accompagnement social	63
3^E PARTIE : PORTRAITS DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP.....	65
Éléments de méthodologie	66
3.1. Le profil des personnes présentes aux informations collectives de la MDPH – analyse des fiches de situation.....	65
<i>Zoom sur les personnes accueillies en session d'information collective à la MDPH.....</i>	<i>69</i>
3.2. Les typologies de personnes en situation de handicap – analyse des entretiens	70
3.2.1. Les personnes « primo-accédantes »	70
3.2.2. Les personnes « désorientées »	73
3.2.3. Les personnes « fragilisées »	76
3.2.4. Les personnes « réorientées »	80
3.2.5. Les personnes « précaires »	87
4^E PARTIE : ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE	90
Les personnes en situation de handicap à Paris	90
Le type de handicap : une donnée éclairante malgré les réserves à observer	91
Des trajectoires à géométries variables.....	92
Des changements de situation en parallèle de l'instruction.....	93
Des points de vue individuels qui influencent la demande comme les suites données aux décisions	94
Des personnes en situation de handicap parfois perdues face à l'information	94
Un lien peu identifié ou inexistant avec les services d'accompagnement	95
Des problématiques qui dépassent largement le cadre de l'emploi	96
Des publics qui méritent une attention particulière	97
CONCLUSION	98
BIBLIOGRAPHIE	100
REMERCIEMENTS.....	101

INTRODUCTION

L'étude sur l'insertion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap demandant pour la première fois une RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) s'inscrit dans un contexte législatif et institutionnel transformé par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La loi de février 2005 a renforcé les droits des personnes bénéficiaires en matière de formation et d'insertion professionnelle par différentes mesures :

- **extension** de l'obligation d'emploi aux bénéficiaires de la carte d'invalidité et de l'Allocation aux personnes handicapées (AAH),
- **prise en compte** des agents qui ont été effectivement reclassés ou qui bénéficient d'une Allocation temporaire d'invalidité des effectifs servant au calcul du taux d'emploi (Fonction publique),
- **minoration** des unités manquantes selon les caractéristiques des bénéficiaires employés,
- **augmentation** de la contribution des employeurs pour chaque unité manquante et notamment pour les établissements qui n'emploieraient aucun travailleur handicapé pendant plus de trois ans,
- **valorisation** de la sous-traitance avec les établissements et services d'aide par le travail ou des entreprises adaptées.

Le dispositif opérationnel coordonné dans le cadre du Plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés¹ concourt à :

- **informer et orienter** (MDPH et ses partenaires),
- **conseiller, accompagner, placer** (Pôle emploi, Cap emploi...),
- **maintenir** dans l'emploi (services d'appui au maintien dans l'emploi – Sameth),
- **sensibiliser** les entreprises (Mission emploi des travailleurs handicapés...),
- **former** (État et Région via notamment les Centres de réadaptation professionnelle – CRP, Afpa, Pôle emploi, Agefiph...)
- ...

Créées par la loi de février 2005, les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont pris le relais des anciennes commissions départementales pour l'éducation spéciale (CDES) pour les enfants, des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) pour les adultes, et des sites pour la vie autonome.

Le recours à la MDPH constitue un passage souvent incontournable pour la personne en situation de handicap. En effet, les missions de la MDPH en font un point d'entrée essentiel pour nombre de projets touchant tant à l'insertion sociale que professionnelle. La MDPH est ainsi au cœur de l'évaluation des besoins des personnes handicapées, et joue un rôle primordial dans l'orientation de ce public, qu'il s'agisse de personnes en emploi ou sans emploi, et qu'elles se destinent à l'insertion en milieu ordinaire ou non. Il s'agit d'une instance décisionnelle unique dans chacun des départements, qui constitue un lieu d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil pour les personnes en situation de handicap.

¹ Jusqu'en 2009. Dispositif appelé à se restructurer au sein d'un plan régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH).

Les missions de la MDPH s'articulent autour de :

- l'information et l'accompagnement des personnes en situation de handicap et de leur famille,
- la mise en place et l'organisation de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation des besoins de la personne,
- l'organisation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui prend les décisions de prestations et d'orientation, en s'appuyant sur l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire, et sur les souhaits exprimés par la personne,
- la gestion du fonds départemental de compensation du handicap,
- la réception des demandes de droits ou prestations,
- l'organisation d'une mission de conciliation,
- le suivi de la mise en œuvre des décisions prises,
- l'organisation des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux.

Au sein de la MDPH, la CDAPH prend les décisions de prestations et d'orientation, en s'appuyant sur l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire et sur les souhaits exprimés par la personne, le cas échéant à travers son projet de vie. C'est la CDAPH qui attribue notamment la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) donne accès à un certain nombre de mesures destinées à favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, en emploi ou en recherche d'emploi.

Pour les personnes qui exercent déjà une activité professionnelle, la RQTH permet de bénéficier de prestations ou mesures destinées aux travailleurs handicapés, tels que des aménagements de postes de travail ou l'accès aux Sameth (services d'aide au maintien dans l'emploi).

Les personnes en recherche d'emploi peuvent bénéficier de l'accompagnement de droit commun de Pôle emploi, comme de l'accompagnement des structures Cap emploi.

La RQTH est de surcroît un atout pour bénéficier de certains contrats aidés ou de conditions plus favorables pour l'accès à la qualification (régime de rémunération en stage de formation, allongement des durées de contrats d'apprentissage et dérogations d'âge, etc.)

L'obtention de la RQTH peut donc constituer un moyen pour faciliter l'accès à l'emploi et aux structures d'accompagnement vers l'emploi².

Dans ce contexte complexe et modifié depuis la loi de 2005, il s'avère que les personnes en situation de handicap, comme leurs trajectoires d'insertion après la reconnaissance, sont mal connues.

C'est pourquoi l'Observatoire des personnes en situation de handicap de la Ville de Paris (DASES), en partenariat avec ses partenaires institutionnels, a souhaité initier une étude pour mieux connaître le public en situation de handicap lorsqu'il s'engage dans une démarche d'insertion professionnelle via la demande de RQTH.

² Une personne en situation de handicap peut faire valoir sa RQTH auprès de son employeur ou d'un futur employeur, mais cette déclaration n'est jamais obligatoire et reste soumise à la libre appréciation de la personne.

Les objectifs de l'étude visent à une meilleure connaissance :

- des profils socio-démographiques des personnes en situation de handicap qui s'adressent à la MDPH de Paris, ainsi que leurs attentes et leurs besoins au-delà des seules démarches administratives,
- de leurs trajectoires au moment de la demande de RQTH, et d'en repérer leur cohérence, leur continuité et leurs particularités.

Elle est articulée autour de trois sources d'information complémentaires :

- l'analyse quantitative de plus de 111 000 dossiers issus de la base de données ITAC, outil de la Cotorep (de 1994 à 2005) puis de la MDPH (jusqu'en 2008) ;
- l'analyse quantitative et qualitative de données provenant d'une enquête par questionnaire auprès de 270 personnes en situation de handicap ayant adressé pour la première fois une demande de RQTH à la MDPH de Paris en 2008 ;
- l'analyse qualitative de 30 entretiens réalisés auprès de personnes ayant déposé une première demande de RQTH en 2009.

L'étude cible plus particulièrement les primo-demandeurs d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), en emploi ou sans emploi, susceptibles d'accéder au marché du travail, ordinaire ou adapté, ou au milieu protégé.

Par ailleurs, pour rester au plus près de la situation des personnes en situation de handicap, l'étude cible plus particulièrement l'année 2008, dernière année complète et la plus récente de la base ITAC. Si des analyses sont effectuées à partir de l'ensemble de la base pour obtenir un éclairage maximal, elles sont systématiquement comparées aux résultats de **l'année 2008 qui constitue l'année de référence pour cette étude.**

1^{RE} PARTIE : LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EN DEMANDE AUPRÈS DE LA MDPH

La première partie de l'étude est basée sur l'analyse de plus de 111 000 dossiers de personnes qui se sont adressées à la Cotorep/MDPH entre 1994 et 2008, quelles que soient leurs demandes.

On distingue dans la première partie de cette étude les demandeurs positionnés sur toutes les demandes (insertion professionnelle, allocations, établissements, cartes) sur l'ensemble de la période 1994-2008 et les demandeurs positionnés sur l'insertion professionnelle (en se basant sur la demande de RQTH adressée à la MDPH) en 2008.

La terminologie « demandeurs » a été retenue pour l'ensemble des travaux. Sur le niveau le plus fin d'analyse, il s'agit des demandeurs ayant obtenu un accord de RQTH (il n'a pas été constaté de différences de profils entre accords et refus sur les approches générales – les critères discriminants, comme les motifs de refus, n'apparaissent pas dans la base).

À travers l'analyse de données jusque là peu exploitées, il s'agit de mettre en lumière le profil des personnes en situation de handicap qui se sont adressées à la Cotorep/MDPH ces dernières années, en repérant les éventuels changements au fil des ans.

L'analyse repose sur un profil sociodémographique, élaboré à partir des données disponibles telles que le lieu d'habitation, le genre, l'âge, la situation familiale, le type ou l'origine du handicap, données qui permettent de dresser un premier portrait du public parisien.

Ce portrait des demandeurs de la Cotorep/MDPH est ensuite comparé, autant que possible, aux résultats d'études antérieures, en particulier les résultats issus des enquêtes HID³, et les données parisiennes issues des enquêtes Insee, afin d'examiner les écarts ou similitudes avec la population handicapée en générale et le profil des Parisiens dans leur ensemble.

L'approche par profil est par ailleurs complétée d'une analyse des différents types de demandes - allocations, cartes, insertion professionnelle et accès aux établissements spécialisés...

³ L'enquête Handicaps, incapacités, dépendance (HID) a été dirigée par un collectif de chercheurs regroupant l'Insee, le Credes, la Drees, le Ctnerhi, l'Ined, l'Inserm, la Mire et le réseau fédératif de recherche sur le vieillissement. La recherche a eu pour objectif de combler le manque de connaissance sur le handicap. Elle s'est attachée à estimer le nombre de personnes en situation de handicap, de comprendre leur situation sociale et repérer les aides apportées. Elle a été menée en 1999 auprès de ménages ordinaires. Elle s'est déroulée par questionnaire auprès de 16 900 personnes, sélectionnées parmi les répondants de l'enquête préliminaire « Vie quotidienne et santé » basée sur 360 000 personnes.

En 2008, une nouvelle enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM) réalisée par le Drees et l'Insee doit actualiser les chiffres de la précédente enquête HID. Elle s'est déroulée par questionnaire auprès de 28 500 personnes, sélectionnées suite à l'enquête « Vie quotidienne et santé » en 2007 qui a concerné 270 000 personnes.



ÉLÉMENTS DE MÉTHODOLOGIE

La base de données ITAC⁴ utilisée pour l'étude⁵ comprend 188 557 dossiers enregistrés de 1994 à 2008⁶ de personnes adultes en situation de handicap.⁷

Un filtrage spécifique a été effectué sur le contenu des dossiers de la base ITAC : les dossiers contenant au minimum une demande et une décision ont été retenus, afin de pouvoir effectuer des analyses complètes et croisées sur les personnes et les demandes : 111 243 dossiers ont été sélectionnés pour l'analyse (soit 59 % de l'ensemble des dossiers).

La totalité des variables disponibles dans la base ITAC a été mobilisée pour caractériser le profil des personnes en situation de handicap – mais restent peu nombreuses⁸. En effet, le dossier informatisé – servant de base à la présente étude – n'a été renseigné sur la période étudiée (1994-2008) que sur un nombre restreint d'informations, nécessaires au suivi administratif des demandes et des décisions prises au fil du temps... Les principales informations saisies dans la base sont celles qui sont utiles à la prise de décision. Les informations qui concernent la personne mais qui ne sont pas nécessaires à la prise de décision n'ont pas été saisies, même si elles avaient été prévues lors de l'élaboration des variables de la base de données.

Parmi l'ensemble des données relatives au profil de la personne, les variables suivantes étaient renseignées et ont été utilisées pour l'analyse :

- le type de handicap⁹
- l'origine du handicap¹⁰
- le genre
- l'âge¹¹
- la nationalité¹²
- la situation familiale¹³
- le lieu d'habitation¹⁴

Les **données relatives au type de handicap et à l'origine du handicap** sont à interpréter avec prudence car elles ne sont renseignées qu'à 18 % sur l'ensemble des dossiers analysés. Elles représentent néanmoins plus de 20 000 personnes (20 246 personnes dont le handicap est connu et 19 479 personnes dont l'origine du handicap est identifiée), et après consultation de la MDPH, aucune pratique de saisie de l'information ne poserait a priori un biais sur la répartition.

C'est pourquoi il a été choisi de présenter des résultats issus de ces variables qui, bien que partielles, donnent des éclairages jusque là manquants. Les autres variables sont quant à elles renseignées à 100 %, et concernent donc l'intégralité des dossiers retenus pour l'analyse de l'échantillon (soit 111 243 dossiers).

Chacun des dossiers correspond à un seul demandeur : chaque demande de la personne s'incrémente dans le dossier qui a été constitué à sa première demande. Ainsi, même si une personne effectue plusieurs demandes (des demandes différentes ou un renouvellement de demande) elle ne sera comptabilisée que pour un seul dossier. Pour les **données relatives aux demandes**, les dossiers de la base ITAC comportent plus d'une vingtaine de variables.

⁴ Outil ITAC pour les situations d'adultes, commun à toutes les Cotorep, puis MDPH jusqu'à installation des nouveaux outils – Symphoni pour la MDPH de Paris à compter de 2009.

⁵ Dans le cadre d'un protocole MDPH/ Dases/ Prachis préservant la confidentialité et garantissant la conformité des traitements eu égard à la loi informatique et libertés.

⁶ Par convention il est indiqué « base 1994-2008 » tout au long de l'étude. La base totale comprend environ 600 dossiers en 2009.

⁷ Ouverts dans la « section adultes » ou transférés de la « section enfants » – distinction antérieure aujourd'hui modifiée – lorsque des demandes avaient précédemment concerné la scolarisation, l'allocation d'éducation spéciale (AES), devenue allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), l'orientation en établissement spécialisé, etc.

Le logiciel ITAC étant dédié à la section « adulte » des anciennes Cotorep ; la base de données Opales étant l'équivalent pour la section « enfants » de la CDES.

⁸ La base ITAC se présente sous la forme d'une centaine de tables. Parmi celles-ci, trois tables ont été retenues pour l'analyse :
- la table des « dossiers » contenant les informations individuelles (anonymisée avant de procéder à l'analyse) : DOSS.txt
- la table des « demandes » avec dates et types de demandes : DEMA.txt
- la table des « conclusions » avec dates et types de décisions : CLUS.txt

Les autres tables ne concernent pas la personne en situation de handicap, mais sont des outils de codage ou de traitement interne à la Cotorep/MDPH.

⁹ La variable comprend les dix catégories suivantes : inconnu ; déficiences motrices d'origine neurologique ; déficiences motrices d'origine ostéo-articulaire ; maladies invalidantes internes ; visuel ; auditif ; troubles psychiatriques ; déficience intellectuelle ; handicaps associés (2 maximum) ; polyhandicapés (plus de deux).

Les handicaps moteurs ainsi que les handicaps associés ont été regroupés dans l'étude.

Les demandes ont été regroupées pour l'analyse en quatre grandes catégories :

- 1 les demandes concernant l'insertion professionnelle** : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et/ou orientation professionnelle (ORP),
- 2 les demandes relatives à la compensation du handicap** : allocation aux adultes handicapés (AAH) et complément de ressources, allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP), et depuis la loi de 2005, prestation de compensation du handicap (PCH) et ses déclinaisons,
- 3 les demandes de placement en établissement spécialisé ou en service médico-social¹⁵,**
- 4 les demandes de cartes : carte d'invalidité (CIN), carte grand invalide civil/grand invalide de guerre (GIC/GIG), carte de stationnement.**

La Cotorep/MDPH a reçu 387 593 demandes sur une quinzaine d'années, soit 3,5 demandes par personne en moyenne :

- 49 % des personnes ont effectué une ou deux demandes,
- 34 % de trois à cinq demandes,
- et 17 % plus de six demandes.

Le nombre de demandes par personne, compte tenu du renouvellement moyen à cinq ans, ne paraît pas démesuré au vu de la variété des demandes qui peuvent être adressées à la MDPH.

Les 387 593 demandes se répartissent entre 1994 et 2008 de la manière suivante :

- 45 % des dossiers comportent une demande relative à l'insertion professionnelle
- 53 % des dossiers comportent une demande relative aux allocations (dont 51 % de demandes d'AAH)
- 79 % des dossiers comportent une demande relative aux cartes
- 7 % des dossiers comportent une demande relative au placement en établissement spécialisé

¹⁰ L'origine du handicap est déclinée de la façon suivante dans la base ITAC : inconnue ; accident du travail (trajet) ; accident du travail (lieu d'emploi) ; maladie professionnelle ; accident sur la voie publique ; handicap de naissance ; autres accidents ; autres maladies.

Dans l'étude, les origines du handicap relatives au travail ont été regroupées, ainsi que les origines de handicap relatives aux accidents autres que professionnels.

¹¹ Date de naissance de la personne.

Une répartition par classes d'âge a été créée pour les besoins de l'étude (moins de 25 ans ; 25-34 ans ; 35-49 ans ; 50 ans et plus) construites à partir de la date de naissance, et calculées à la date de la première demande entre 1994 et 2008.

¹² La variable de la base ITAC concernant la nationalité comprend les trois items « France », « CEE » et « autre » pour les personnes hors Union européenne. Ces distinctions ont été conservées dans l'étude.

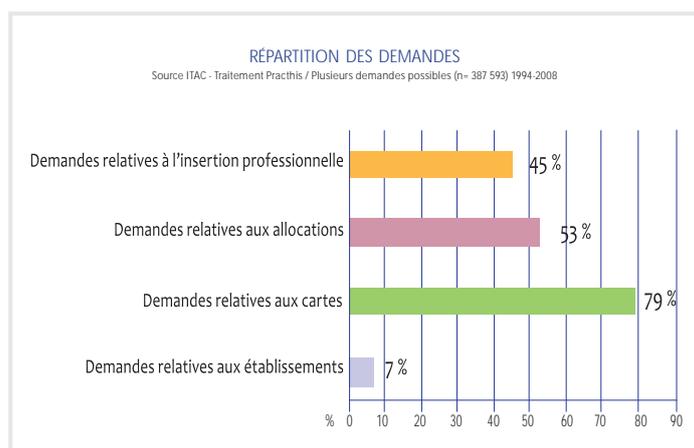
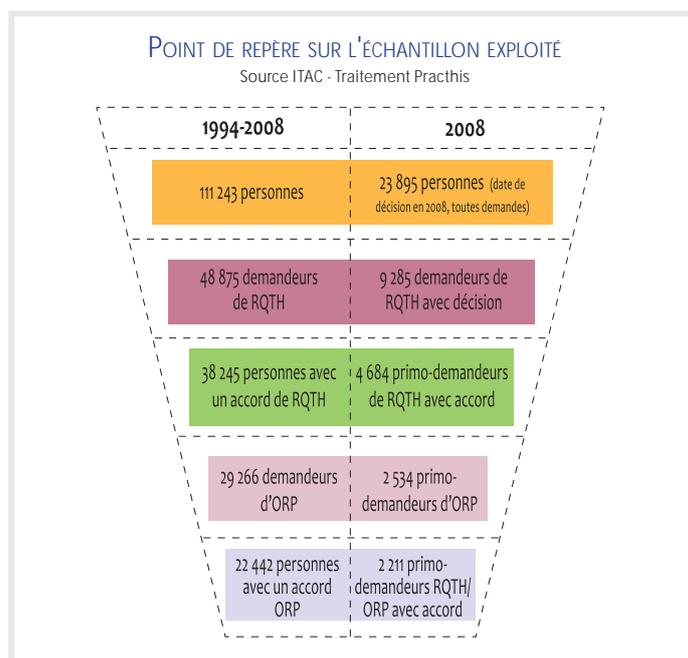
¹³ La variable est déclinée de la façon suivante dans la base ITAC : célibataire ; divorcé ; marié ; séparé ; veuf ; concubinage. Dans l'étude, les regroupements suivants ont été opérés : mariage et vie maritale ; célibat ; divorce et séparation ; veuvage.

¹⁴ Adresse de la personne.

¹⁵ Centre d'accueil de jour, foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés, maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé, SAVS – service d'accompagnement à la vie sociale, Samsah – service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé, accueils temporaires...

Entre 1994 et 2008

- 111 243 dossiers ouverts (chaque dossier concernant une personne), soit en moyenne 7 416 dossiers par an sur 15 ans.
- les personnes ont fait 387 593 demandes (tous types de demandes), soit 3,48 demandes par personne sur la période.
- 241 543 accords ont été rendus (tous types d'accords), soit 2,17 accords par personne sur la période.
- 56 949 personnes ont fait au moins une demande d'allocation aux adultes handicapés – AAH.
- 48 875 personnes ont fait au moins une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé – RQTH.
- 38 245 RQTH ont été accordées.
- 29 266 personnes ont fait au moins une demande d'orientation professionnelle – ORP.
- 22 442 ORP ont été accordées.



Dans un souci de simplification de la présentation des résultats, l'analyse de la base ITAC examine deux groupes de population :

- d'une part l'ensemble des demandeurs entre 1994 et 2008, afin d'avoir une photographie globale et la plus exhaustive possible des personnes qui se sont adressées à la Cotorep/MDPH (la seule année 2008 ne permettant pas d'avoir les effectifs suffisants pour l'ensemble des traitements).
- d'autre part sur les primo-demandeurs de RQTH, afin d'obtenir un focus plus précis du profil des personnes dont la demande concerne explicitement l'emploi en 2008 (dernière année complète disponible dans la base ITAC).

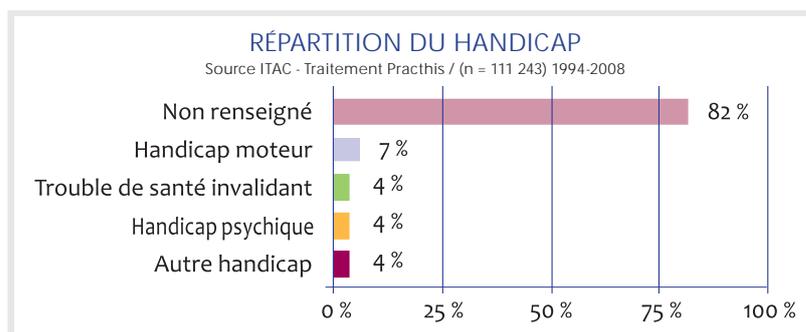
1.1. PROFIL DE L'ENSEMBLE DES PERSONNES

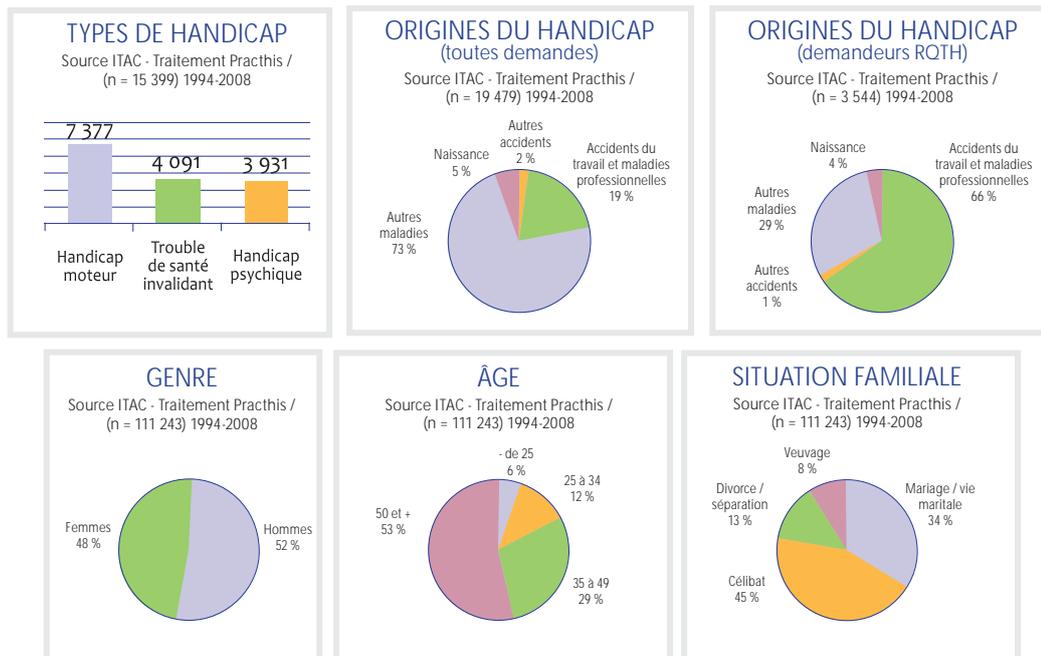
Rappel des effectifs :

- Le profil des personnes est basé sur l'analyse des 111 243 dossiers de personnes comprenant une demande et une décision entre 1994 et 2008.
- Les résultats concernant l'arrondissement sont basés sur 103 685 personnes dont le lieu d'habitation est Paris.
- Les résultats concernant le type de handicap reposent sur 20 246 personnes. Les interprétations portent sur les trois types de handicap pour lesquels l'effectif des personnes est suffisant (15 399).
- Les résultats concernant l'origine du handicap sont issus des 19 479 dossiers des personnes pour lesquels cette information est renseignée.
- Les résultats concernant le genre, les âges et la situation familiale sont fondés sur l'ensemble des 111 243 personnes.

REPÈRES SUR LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ENSEMBLE DES PERSONNES ENTRE 1994 ET 2008

- Les personnes semblent réparties de façon sensiblement homogène dans tous les arrondissements.
- Les personnes en situation de handicap moteur, psychique, ou avec des troubles de santé invalidant sont les plus représentées.
- La situation de handicap a majoritairement pour origine une maladie non professionnelle (mais une origine professionnelle pour les demandeurs de RQTH).
- Les hommes sont légèrement majoritaires.
- Plus de la moitié des personnes en situation de handicap sont âgées de 50 ans et plus au moment de la première demande.
- Un tiers des personnes vivent en couple contre deux tiers qui vivent seules.



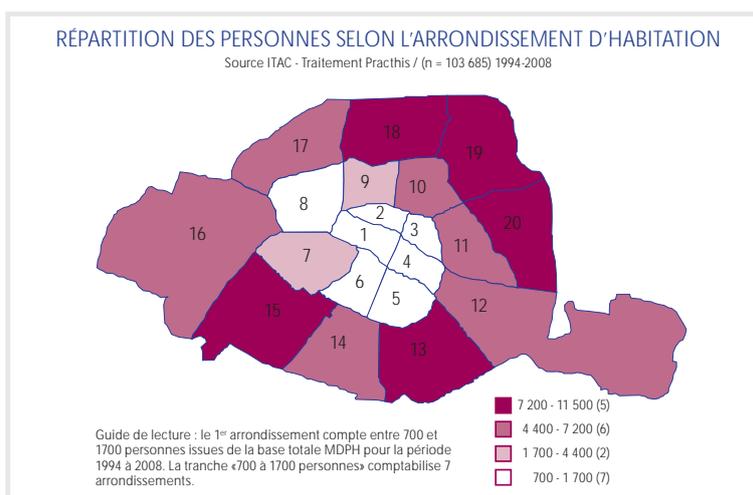


1.1.1. L'arrondissement d'habitation

Une répartition homogène des personnes en situation de handicap

Il existe une répartition relativement homogène de l'ensemble des personnes en situation de handicap domiciliées à Paris (103 685 personnes)¹⁶ qui ont adressé une demande à la MDPH entre 1994 et 2008.

Le nombre de personnes en situation de handicap dans les différents arrondissements paraît plus ou moins équivalent au nombre d'habitants par arrondissement.



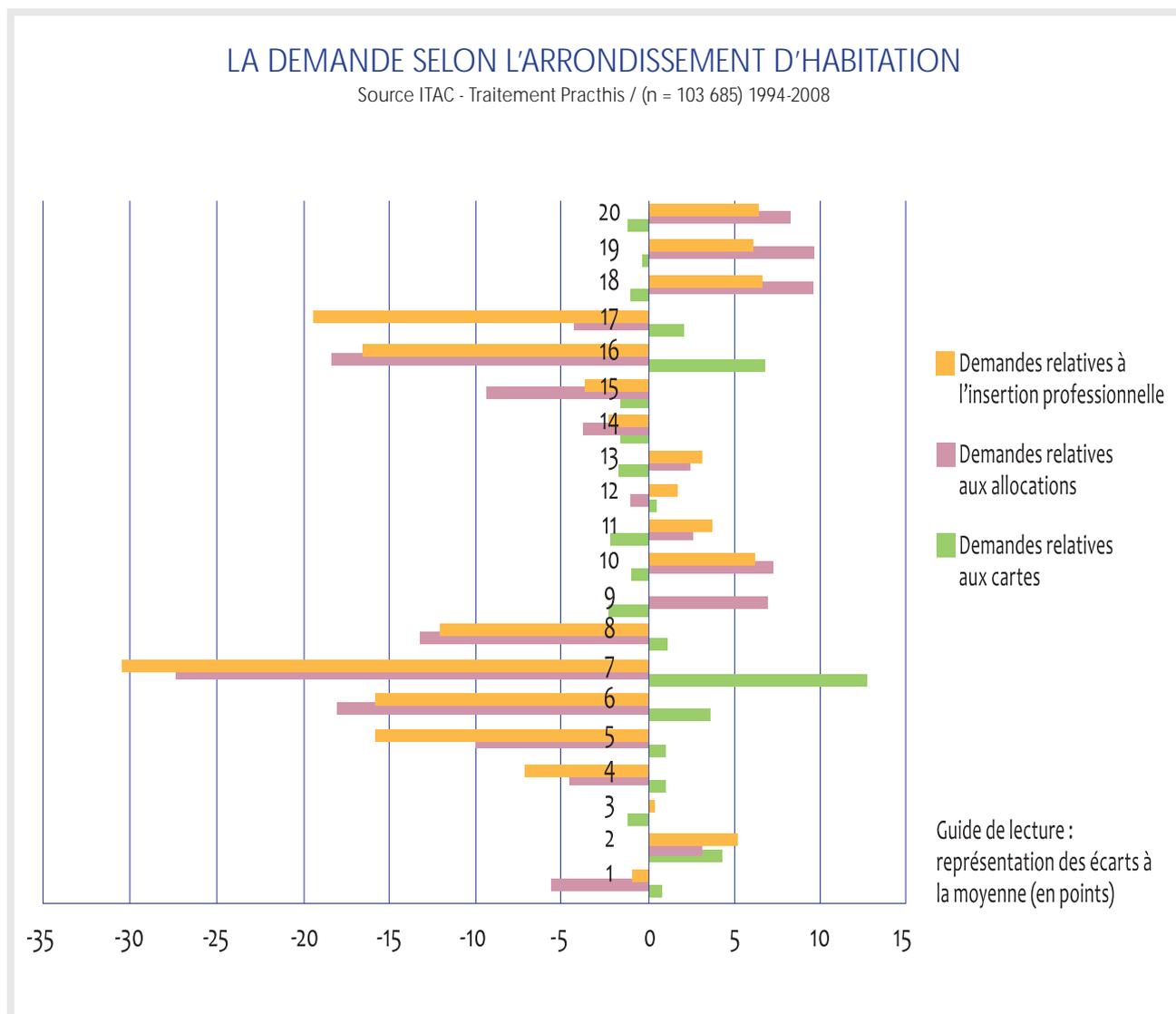
Si l'on constate une proportion légèrement plus importante de personnes en situation de handicap dans les 19^e et 20^e arrondissements, par rapport au nombre total d'habitants, les

écarts apparaissent relativement faibles et il conviendrait d'approfondir cette question avec d'autres types d'analyses statistiques¹⁷.

¹⁶ Ce chiffre est inférieur aux 111 243 dossiers car 7558 personnes dont les informations figurent dans la base ITAC ne sont pas domiciliées à Paris.

¹⁷ Analyse des écarts de population en situation de handicap par rapport à la population générale à Paris (Insee, Population légale 2007 des arrondissements de Paris)

Une demande différente selon les arrondissements



Il existe une forte demande liée à l'insertion professionnelle dans les arrondissements plus modestes (2, 10, 18, 19 et 20^e), comme une forte demande d'allocations (9, 10, 18, 19 et 20^e).

Dans les 7^e et 16^e arrondissements, on constate davantage de demandes de cartes. Les personnes habitant dans des arrondissements faisant partie de ceux où le revenu par habitant est le plus élevé semblent avoir des besoins plus souvent relatifs aux déplacements, le cas échéant avec un véhicule personnel, ou aux transports.

Par ailleurs, l'étude de Sanchez et Bounod (1995) concernant les demandeurs de la carte d'invalidité à la Cotorep de Paris a mis en lumière

le bénéfice fiscal induit par la possession d'une carte d'invalidité. En effet, la carte d'invalidité permet d'obtenir, sous certaines conditions, des avantages fiscaux : réduction des impôts sur le revenu (une demi-part supplémentaire), abattement ou dégrèvement de la taxe d'habitation, exonération de la redevance télévisuelle... On peut donc présumer que les personnes résidant dans les arrondissements à plus hauts revenus seront plus concernées par les divers abattements fiscaux.

On ne remarque pas de corrélation entre la demande relative aux établissements et l'arrondissement d'habitation.

1.1.2. Le type de handicap et son origine

Des personnes majoritairement en situation de handicap moteur, psychique ou de trouble de santé invalidant

Entre 1994 et 2008, pour les personnes dont l'information est renseignée (20 246 personnes), les types de handicap se déclinent de la façon suivante :

- 36 % de personnes en situation de handicap moteur (7 377),
- 20 % de personnes avec un trouble de santé invalidant (4 091),
- 19 % de personnes en situation de handicap psychique (3 931).

Les autres types de handicap ressortent dans une moindre proportion : 4 % de personnes en situation de handicap visuel (831), 3 % en situation de handicap intellectuel (615) et 2 % de personnes en situation de handicap auditif (373)¹⁸.

On peut noter la correspondance de ces trois types de handicap majoritaires avec les données Cap emploi. Ainsi, les personnes en situation de handicap moteur sont les plus nombreuses à être accueillies dans ces structures (42 %), suivies par les personnes avec des maladies invalidantes (27 %), puis de personnes en situation de handicap psychique (20 %). Les personnes en situation de handicap auditif ou visuel représentent chacune 4 % des publics accueillis, 1 % du public est en situation de handicap intellectuel.

Le nombre important de personnes en situation de handicap psychique reste une particularité parisienne qui n'est pas partagée dans les autres départements d'Île-de-France (moyenne régionale de 13 %).

Sans prétendre expliquer la surreprésentation de personnes en situation de handicap psychique à Paris, on peut cependant avoir en mémoire quelques éléments d'interprétation.

D'une part, l'offre de structures de soin est plutôt concentrée à Paris. La sectorisation de la psychiatrie avec ses corollaires de diminution du nombre de lits et de durées d'hospitalisation, jouent sans doute un rôle dans ce phénomène.

La capitale héberge également un nombre important de personnes en situation de précarité, notamment sur le plan du logement. Or selon une étude du Samu social, un tiers des

personnes sans domicile souffrent d'un trouble psychiatrique sévère (Douay, Détéz, Le Strat, Chauvin et Laporte, 2009).

D'autre part, l'amélioration des traitements et le développement d'organisations comme l'hôpital psychiatrique « hors les murs » ouvrent de nouvelles perspectives d'insertion professionnelle. Par ailleurs, l'offre de services spécialisée conduit naturellement les personnes à solliciter, auprès de la MDPH, des aides ou un appui à l'orientation.

Enfin, l'offre d'hébergement social comme de soins proposée par la capitale, mais aussi son tissu associatif, font peut-être de Paris une ville si ce n'est « attractive » pour les personnes concernées par ce handicap, un espace où elles restent plus facilement.

Au vu du nombre partiel de réponses, il n'est pas possible d'analyser le taux de prévalence de chacun des handicaps dans la population globale de la base ITAC – il faudrait par ailleurs rentrer dans le détail des handicaps pour garantir la pertinence d'une telle approche, ce qui est impossible aujourd'hui.

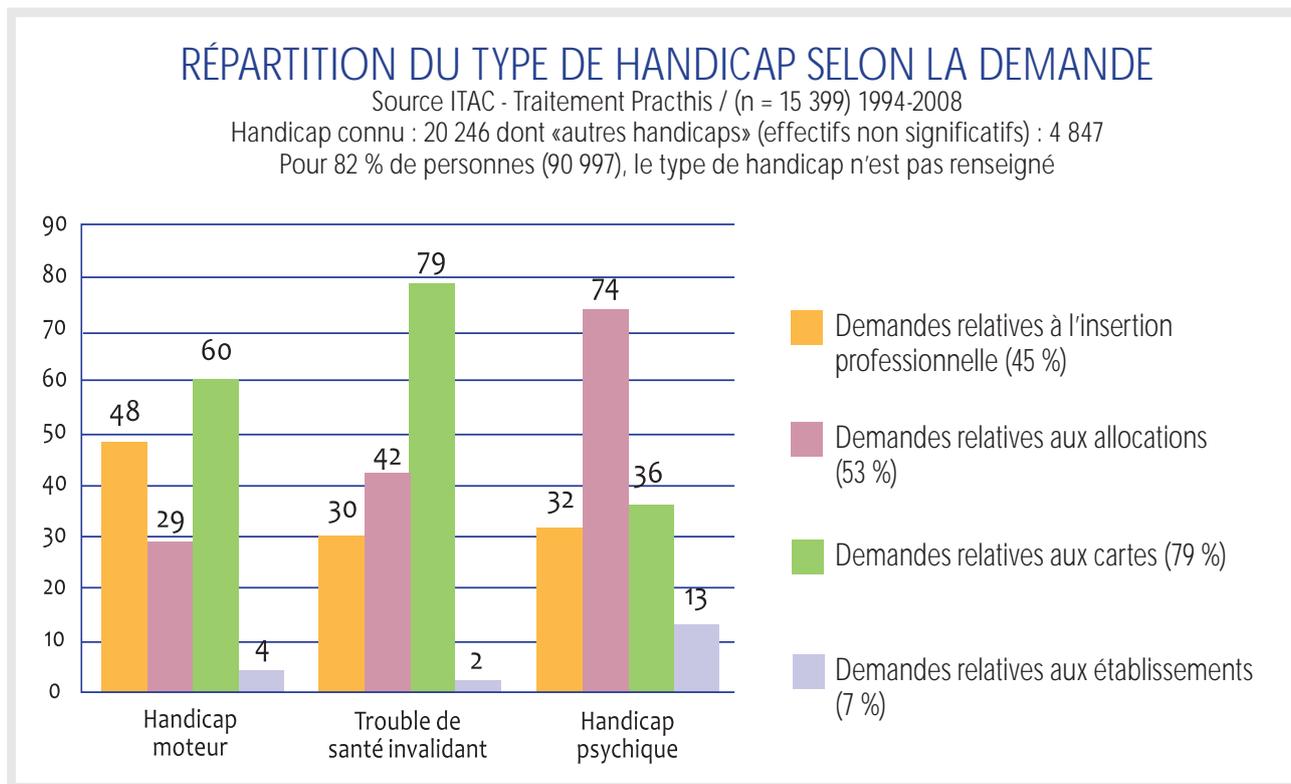
Bien que renseignée de façon peu homogène au fil du temps, la variable concernant le type de handicap des personnes qui s'adressent à la MDPH de Paris donne cependant des informations sur des proportions globales, et pour les trois types de handicaps les plus représentés, que d'autres travaux ou sources auraient plutôt tendance à confirmer.

Les volumes considérés pour ces derniers permettent, si ce n'est une approche épidémiologique, quelques analyses.

¹⁸ Les handicaps sensoriels et intellectuels étant très nettement sous-représentés parmi les personnes dont le handicap est connu, ils ne peuvent pas être pris en compte pour la suite de l'analyse, faute d'effectifs suffisants. La variable « handicaps associés » (3 028 personnes) ne peut être analysée car il subsiste une interrogation quant au type de handicap que recouvre ce terme. Les personnes sont porteuses d'au moins deux types de handicaps, mais il n'est pas possible d'identifier ces derniers. Il peut s'agir de handicaps multiples comme de polyhandicap.

Des demandes spécifiques en fonction du type de handicap

Parmi les 20 246 personnes dont le handicap est connu, on peut repérer une différenciation dans la demande selon le type de handicap.



Les personnes en situation de handicap moteur effectuent davantage de demandes liées à l'insertion professionnelle (+ 14 points par rapport à la moyenne).

Les personnes avec des troubles de santé invalidants sont plus représentées dans la demande de cartes (+ 11 points), tandis que la demande des personnes en situation de handicap psychique est plus importante concernant les allocations (+ 31 points) et les établissements (+ 9 points)¹⁹.

Les personnes en situation de handicap psychique font davantage de demandes de toute nature (48 % de 4 à 10 demandes, contre 38 % pour les personnes avec des troubles de santé invalidants et 39 % pour les personnes en situation de handicap moteur).

On peut supposer à travers ce constat, une plus grande variabilité dans les situations des personnes concernées par le handicap psychique – avec des perspectives d'insertion moins faciles à appréhender – comme de plus grandes insatisfactions dans les décisions rendues, qui conduiraient à des renouvellements plus fréquents (il faudrait cependant analyser aussi les recours pour valider cette piste de réflexion).

Sans doute le poids de l'entourage – médical comme familial – avec des incitations plus fréquentes à faire des démarches vers la MDPH ou une invitation à élargir la demande à l'ensemble des aides possibles, joue-t-il sur ces écarts.

¹⁹ Rappel : pour les autres types de handicap, les volumes sont trop faibles pour que cette observation soit faite.

L'origine du handicap plus souvent en relation avec le travail pour les demandeurs de RQTH

Il existe une différence notable entre l'ensemble des personnes qui ont adressé une demande à la MDPH entre 1994 et 2008 (19 479 personnes pour lesquelles l'origine du handicap est renseignée²⁰), et les demandeurs de RQTH entre 1994 et 2008 (3 601 personnes pour lesquelles l'origine du handicap est renseignée²¹).

Sil'on considère l'ensemble des 19 479 personnes avec toutes les demandes confondues, la maladie (autre que la maladie professionnelle) est l'origine principale du handicap (73 %) – cette situation incluant les handicaps innés ou acquis au plus jeune âge. Pour autant, on retrouve pour plus de la moitié (52 %) des personnes âgées de 50 ans et plus au moment de la demande.

On aurait donc d'une part des personnes avec un handicap acquis plutôt jeune, et d'autre part des personnes avec des maladies contractées avec l'âge ou liées au vieillissement. Les personnes pour lesquelles la maladie est enregistrée comme origine de leur handicap sont à **55 % des hommes** (52 % pour l'ensemble des personnes en situation de handicap).

A contrario, pour les demandeurs de la RQTH, l'origine du handicap est très nettement marquée comme ayant un lien avec le travail : 66 % des 3 601 personnes ont pour origine du

handicap un accident du travail ou un accident de trajet ou une maladie professionnelle²².

On remarque une surreprésentation des hommes dans cette catégorie (59 %), ce qui paraît conforme à la surreprésentation masculine repérée par la caisse nationale d'assurance maladie : « À durée égale d'exposition, les hommes subissent deux fois plus d'accidents du travail que les femmes » (Euzenat 2009).

Il existe une corrélation entre l'âge et les accidents du travail. Les personnes accidentées ou victimes d'une maladie professionnelle sont en effet plus nombreuses dans la tranche des 25-49 ans (66 %). Ce résultat est également conforme aux données de la CNAM, qui montrent que les salariés de moins de 20 ans subissent trois fois plus d'accidents du travail que les salariés de 50 à 59 ans, les jeunes étant « vraisemblablement plus vulnérables de par leur manque d'expérience ou de maturité, ou leur affectation aux postes les plus risqués » (Euzenat 2009).

Ainsi, s'il existe une idée reçue qui tend à lier accidents du travail et travailleurs âgés (moindres réflexes et vigilance, fatigabilité, etc), ces différents résultats viendraient infirmer cette représentation.

1.1.3. Caractérisation des demandeurs selon le genre

Une part d'hommes plus élevée

Sur l'ensemble des demandeurs, les hommes sont légèrement plus nombreux que les femmes à avoir fait une demande à la MDPH entre 1994 et 2008 :

- 52 % d'hommes
- 48 % de femmes

L'enquête HID en 1999 relève une parité entre hommes et femmes jusqu'à l'âge de 60 ans (Ravaud et Ville 2003), puis une plus grande proportion de femmes en situation de handicap au-delà de cet âge. La recherche constate

également que **si la prévalence des handicaps est plus importante chez les femmes, elles sont moins nombreuses à en avoir une reconnaissance administrative.**

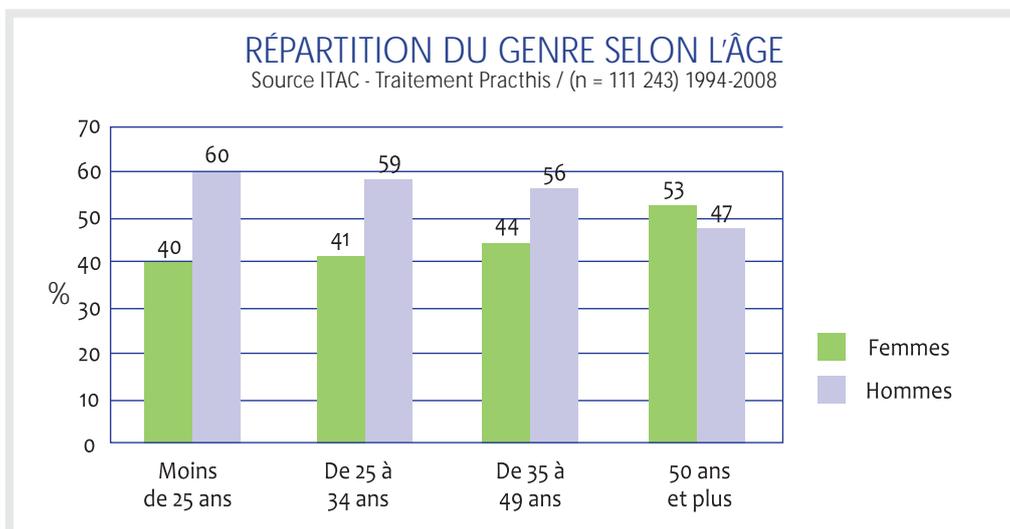
²⁰ Sur les 111 243 personnes (toutes demandes confondues) entre 1994 et 2008. Seuls 18 % des dossiers sont renseignés sur cette donnée, soit 19 479 personnes.

²¹ Sur les 38 245 personnes ayant obtenu une RQTH entre 1994 et 2008. Seuls 9 % des dossiers sont renseignés sur cette donnée, soit 3 601 personnes.

²² Il faut toutefois observer ces informations avec précaution, du fait des modalités de remplissage et du nombre réduit de données. Sans doute la notion d'accident du travail ou de maladie professionnelle est-elle à considérer au-delà du champ et des critères de l'assurance maladie/prévention des risques professionnels.

En effet, il apparaît que « les femmes, à âge égal, font globalement moins de demandes de reconnaissance d'un handicap ou d'une invalidité (carte d'invalidité, pension, allocation, rente, capital, admission dans un établissement spécialisé) ». Dans l'enquête « Handicap et santé » en 2008, les femmes entre 20 et 59 ans déclarent plus de limitations fonctionnelles

que les hommes (Midy 2009) et ressentent notamment plus de difficultés motrices. Toutefois, les femmes considèrent un peu moins que les hommes « avoir un handicap ». Il y a donc une part d'hommes un peu plus élevée parmi les personnes qui font une demande auprès de la MDPH.



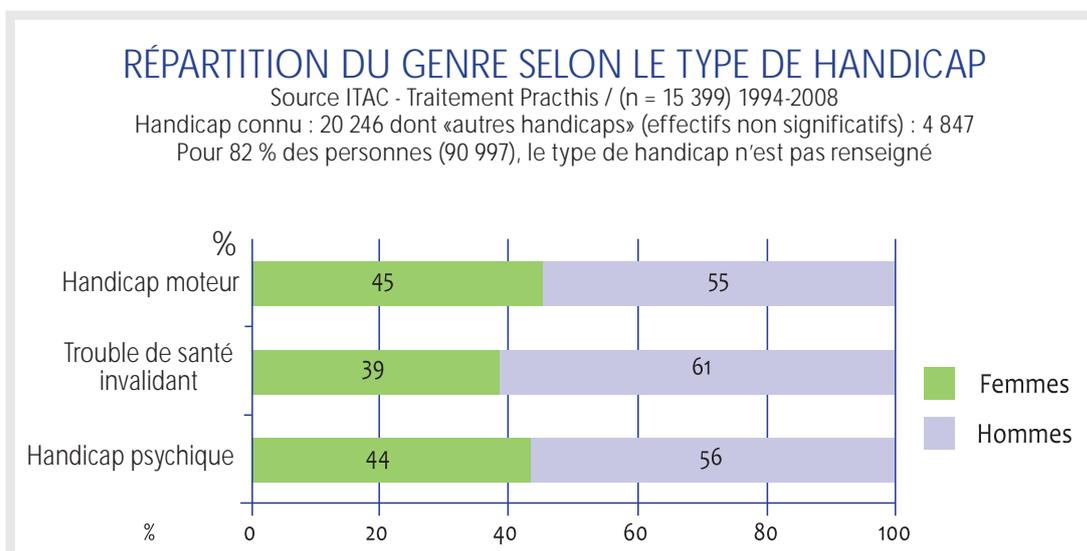
On repère toutefois, dans les données de la base ITAC entre 1994 et 2008, une différenciation de genre selon l'âge de la personne. On observe une courbe inverse entre les femmes et les hommes avec l'avancée en âge : il existe 40 % de femmes

et 60 % d'hommes chez les moins de 25 ans. La part des femmes augmente ensuite avec l'âge, jusqu'à devenir supérieure aux hommes au-delà de 50 ans (53 % de femmes contre 47 % d'hommes).

Davantage de troubles de santé invalidants chez les hommes

Pour les 20 246 personnes dont le type de handicap est enregistré, les écarts sont plus marqués pour les troubles de santé invalidants, et concernent davantage les hommes (61 % soit près de 10 points de plus que dans l'ensemble des personnes

en situation de handicap) que les femmes (39 %). Cette donnée nécessiterait d'être affinée à travers le type de maladies entrant dans cette variable, ce qui n'est pas possible dans ce cadre.



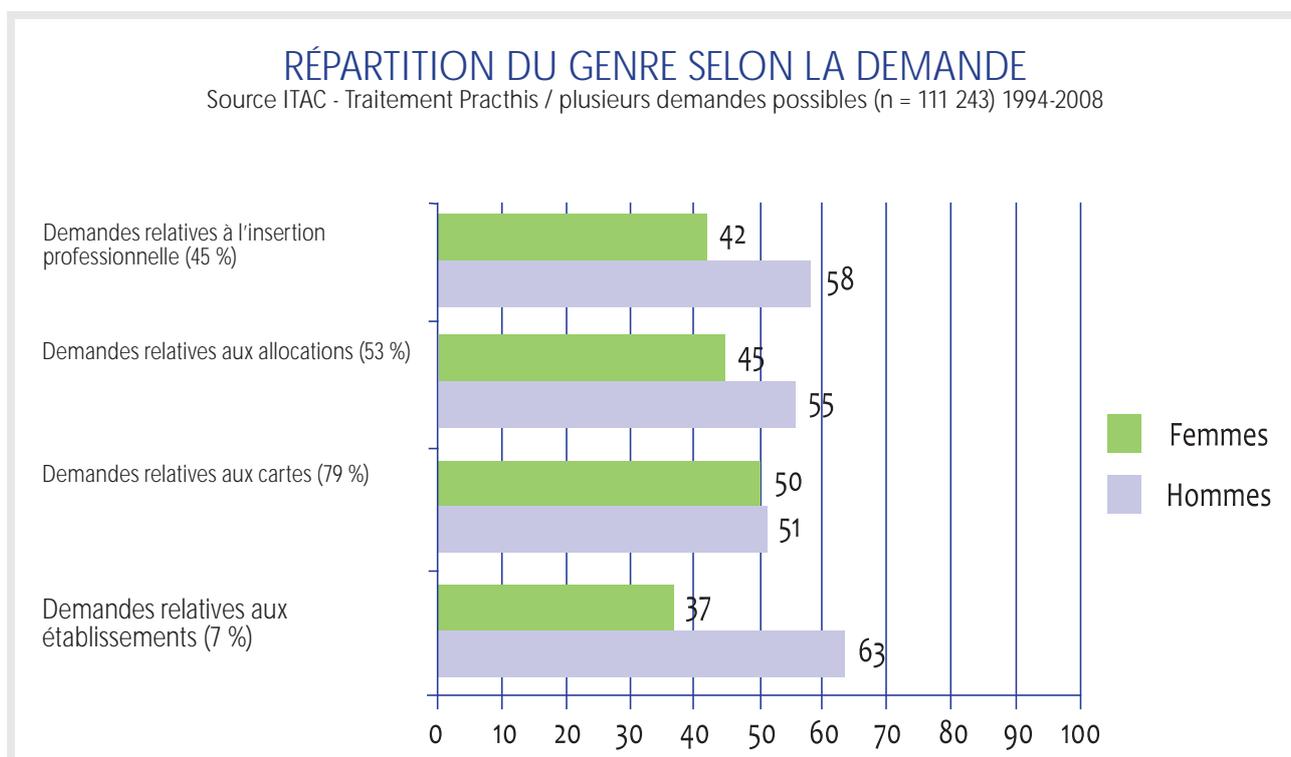
Par ailleurs, l'étude de Païta et Weil (2009) montre que **les principales causes d'affection longue durée concernent majoritairement des hommes** : 68 % d'hommes pour les maladies cardiovasculaires et 57 % d'hommes pour le diabète²³ (personnes âgées de 20 à 64 ans). On peut donc poser l'hypothèse que les

hommes seraient surreprésentés dans certaines pathologies.

Plus récemment, l'enquête Handicap-Santé 2008 a permis de repérer une majorité d'hommes parmi les personnes dépendantes : 60 % d'hommes pour les personnes âgées de 20 à 39 ans (Dos Santos et Makdessi, 2010).

Des écarts de genre plus marqués dans la demande relative à l'insertion professionnelle et les établissements

L'analyse du type de demande laisse entrevoir les particularités selon le genre.



La demande des femmes est moins tournée vers l'insertion professionnelle : 42 % de leurs demandes concernent une demande de RQTH ou une orientation professionnelle, contre 58 % pour les hommes.

Ce plus grand écart femmes/hommes peut s'expliquer de différentes façons, comme par un maintien plus marqué chez les hommes d'une recherche tournée vers l'insertion professionnelle. La question de l'image sociale, et donc du statut conféré par un emploi ou une démarche d'insertion professionnelle – y compris lorsque le handicap survient, n'est sans doute pas sans effet sur cet écart.

Par ailleurs, les accidents du travail ou

les maladies professionnelles concernant majoritairement les hommes, ils se tourneraient ensuite vers la MDPH avec une demande liée à l'insertion professionnelle pour revenir sur le marché du travail.

Enfin, la question de la nationalité peut jouer, la part d'hommes de nationalité étrangère dans la demande étant plus élevée. L'insertion professionnelle recouvrirait alors des enjeux de stabilisation de leur situation.

En ce qui concerne la demande relative aux allocations, on retrouve également un écart plus grand entre hommes (55 %) et femmes (45 %) – un constat qui peut s'expliquer sur les mêmes motifs que précédemment.

²³ Les maladies cardiovasculaires et le diabète représentent 61 % de l'ensemble des affections de longue durée (Païta et Weill, 2009).

Par ailleurs, les hommes sont majoritairement orientés vers des demandes relatives aux établissements et services spécialisés (63 % des demandes en établissements sont émises par des hommes).

Cet écart de genre dans la population de personnes en établissement est repéré notamment par Ravaud et Ville (2003), qui remarquent une sur-représentation masculine dans les établissements pour adultes (59 %) et

dans les établissements psychiatriques (55,5 %), même si en ce cas l'écart est plus réduit.

La demande des hommes pour entrer en institution fait également écho aux constats sur le nombre plus élevé d'hommes en institution psychiatrique (56 % contre 44 % de femmes), alors que les consultations en ambulatoire pour troubles psychiques sont davantage le fait de femmes (Anguis et de Peretti 2003), principalement entre 40 et 50 ans.

1.1.4. L'âge des demandeurs

Un âge moyen plutôt élevé

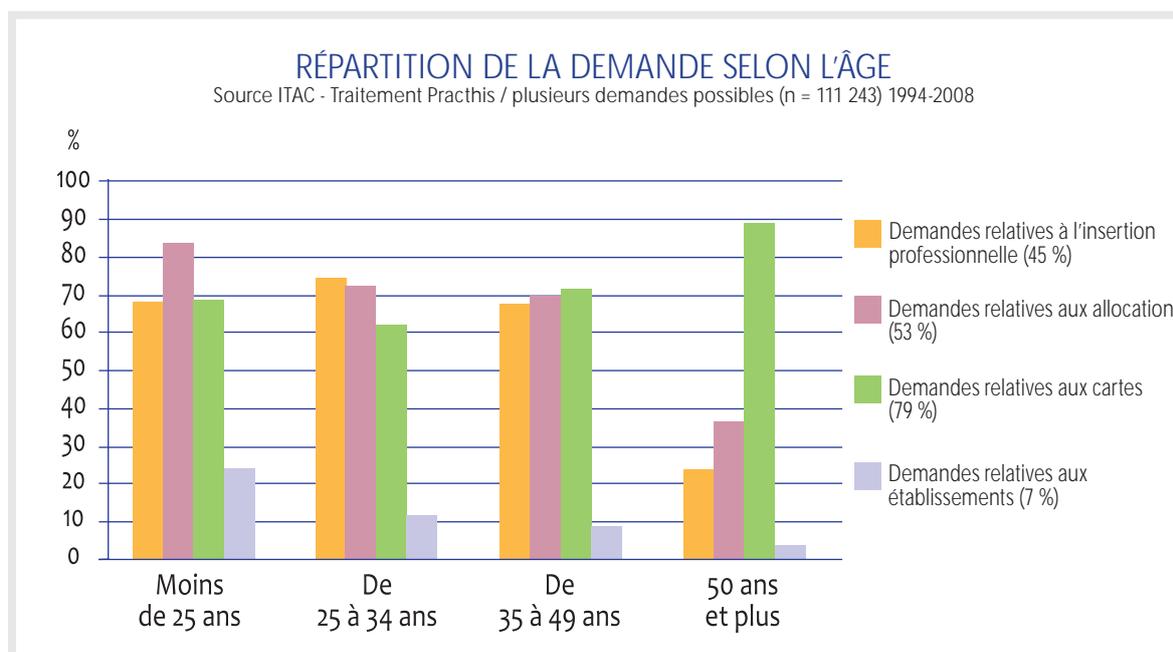
Sur l'ensemble de la base ITAC entre 1994 et 2008, les demandeurs présentent un âge plutôt élevé²⁴ :

- 6 % pour les personnes âgées de moins de 25 ans,
- 12 % pour les personnes âgées de 25 à 34 ans,
- 29 % pour les personnes âgées de 35 à 49 ans,
- 53 % à partir de 50 ans.

L'âge moyen est de 52 ans pour l'ensemble des personnes.

Une corrélation âge/demande

On remarque une certaine corrélation entre l'âge des personnes et leur demande.



²⁴ L'âge est calculé par rapport à la date de la première demande sur la période 1994-2008. Toutefois, les personnes peuvent s'être adressées précédemment à la Cotorep/MDPH.

Les demandeurs plus jeunes sont davantage représentés dans la demande relative à l'insertion professionnelle. Cette demande chute brutalement à partir de la cinquantaine.

En parallèle, la demande de cartes d'invalidité ou de stationnement croît avec l'avancée en âge. Cette demande est prépondérante chez les personnes de plus de 50 ans (+ 10 points).

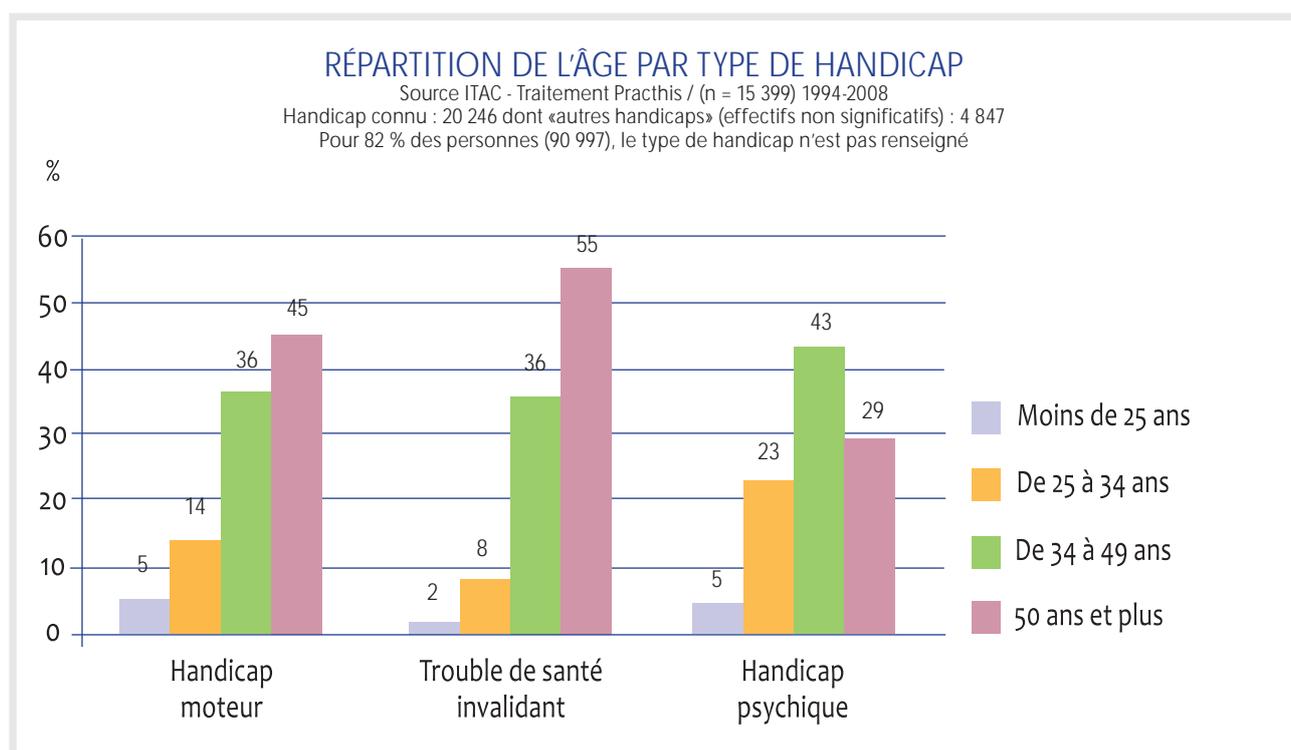
On peut supposer que ces personnes plus âgées ne rentrent plus dans une problématique prioritaire d'emploi ou d'insertion, ou qu'elles ont davantage des problématiques liées aux ressources, au déplacement ou à une

reconnaissance de priorité pour circuler dans la cité. La demande d'établissement est davantage formulée par les plus jeunes.

Parmi l'ensemble des demandes effectuées par **les jeunes de moins de 25 ans, le placement en établissement représente 24 % des demandes** (+ 17 points). Les jeunes effectuent également une demande accrue d'allocations (+ 30 points). Ils semblent ainsi se placer autant dans le champ de l'emploi (+ 22 points) que dans une problématique relative à l'hébergement et aux revenus. Il serait intéressant d'approfondir cette question pour savoir si ces demandes visent à parer à une urgence d'hébergement ou de revenus.

Les variations de l'âge selon le handicap

Parmi les 20 246 personnes dont le handicap est connu, on remarque une variation dans la courbe des âges.



Il existe une nette augmentation des personnes concernées par un handicap moteur ou des troubles de santé invalidants au fur et à mesure de l'avancée en âge, qui peut être une conséquence de l'aggravation du handicap ou de la maladie d'origine, ou la conséquence de l'apparition de cette dernière avec l'âge.

Les personnes en situation de handicap psychique sont globalement plus jeunes, l'augmentation des personnes dans la tranche 25-34 ans pouvant correspondre au moment où le handicap psychique se déclare²⁵ ou qu'il ne peut plus être occulté et « doit » être « reconnu ».

²⁵ Les schizophrénies, par exemple, débent fréquemment en fin d'adolescence ou au début de l'âge adulte.

1.1.5. La situation familiale

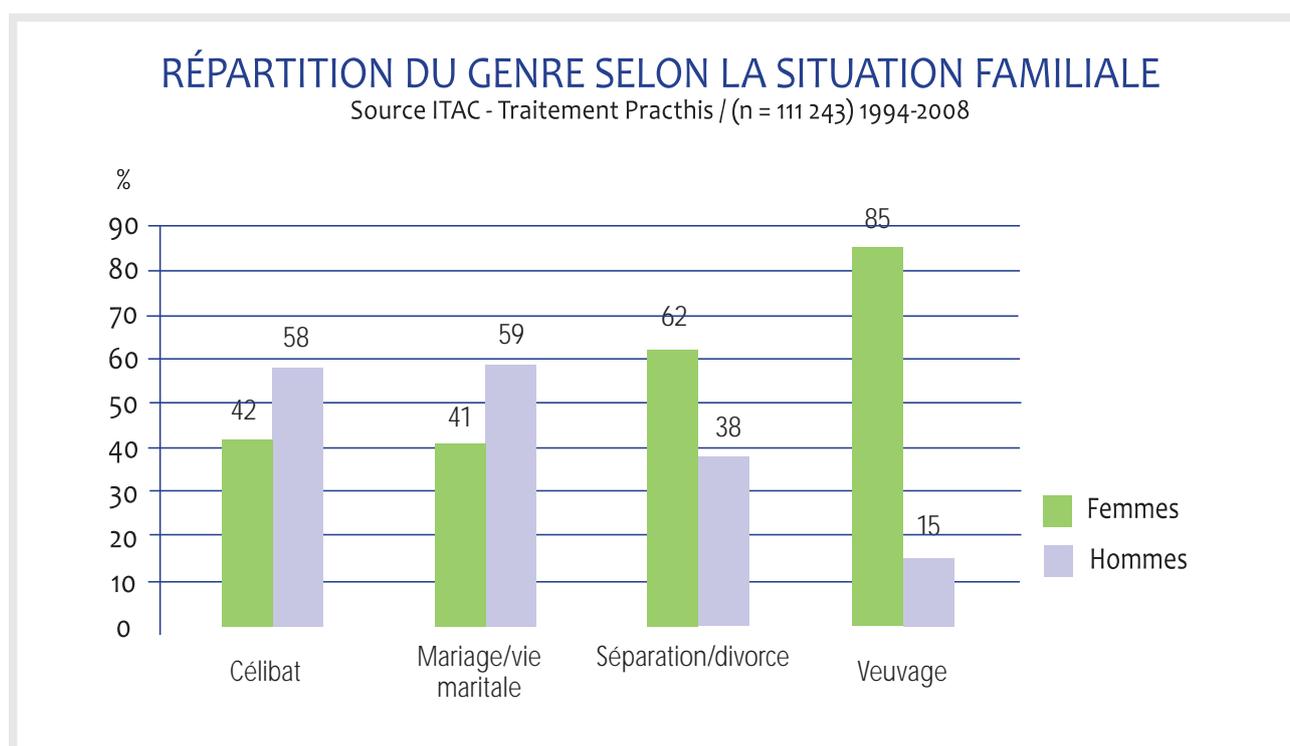
Un tiers des personnes en situation de handicap en couple

Entre 1994 et 2008, les personnes s'adressant à la MDPH sont plus souvent célibataires qu'en couple :

- 45 % des personnes sont célibataires,
- 13 % sont divorcées ou séparées,
- 8 % sont veuves,
- 34 % de personnes sont mariées ou vivent maritalement.

Le divorce et le veuvage pour les femmes, la vie conjugale pour les hommes

On remarque une disparité entre les hommes et les femmes selon la situation de famille.

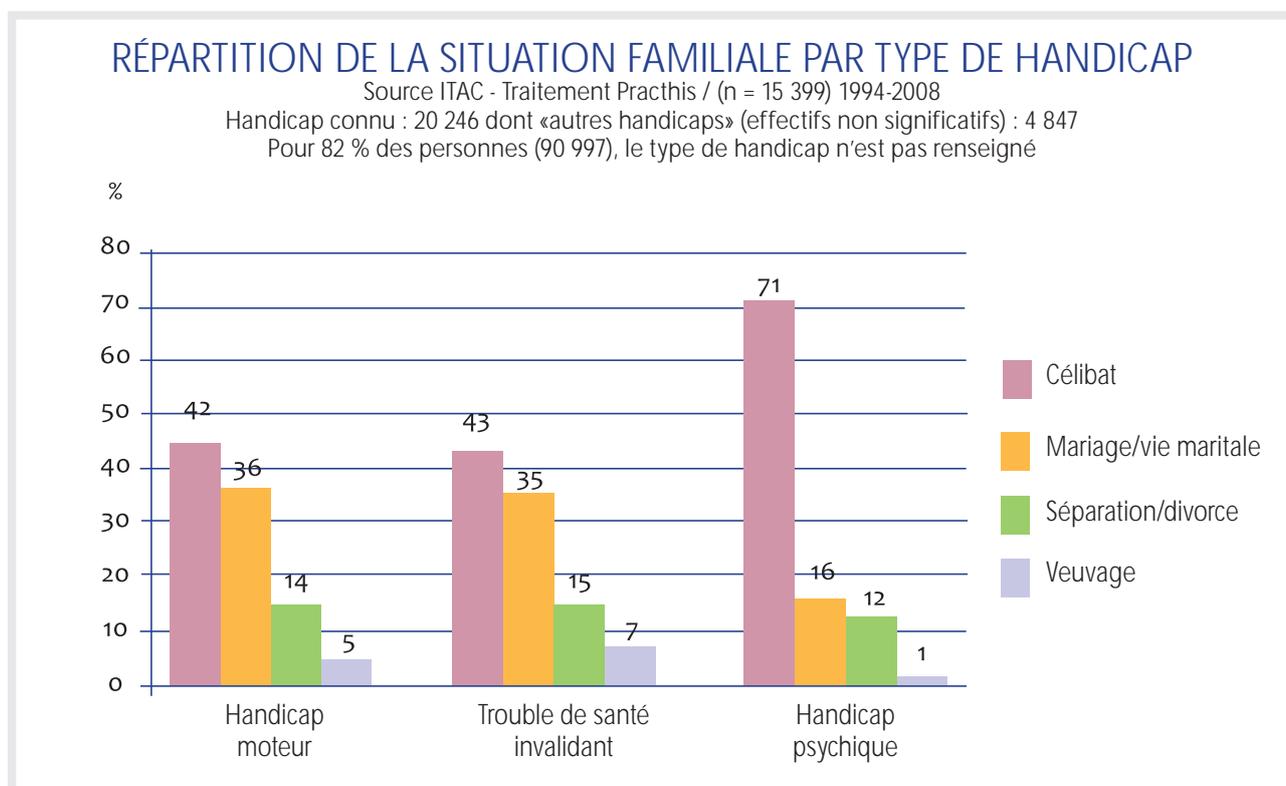


Les femmes sont plus souvent divorcées/séparées ou veuves. Elles pourront être alors dans l'obligation de subvenir à leurs besoins ou devenir chargées de famille suite au divorce ou au décès de leur conjoint – avec plus de difficulté à conjuguer vie personnelle (notamment avec enfants) et vie professionnelle.

La situation maritale des hommes s'accorde avec les résultats de recherches antérieures. Ainsi, Ravaud et Ville (2003) notent que les hommes porteurs d'un handicap ont, plus que les femmes, une probabilité d'être mariés lorsqu'ils vivent à domicile.

Davantage de célibataires avec un handicap psychique

Comme pour les différences de genre, il existe des disparités dans les situations familiales selon le type de handicap de la personne (pour les 20 246 personnes dont le handicap est renseigné).



Les personnes en situation de handicap psychique se distinguent par un nombre élevé de personnes célibataires. Si ces personnes sont aussi plus jeunes que la moyenne, on peut aussi supposer que les difficultés psychiques entravent, pour une partie des personnes, la possibilité de construire une vie de couple.

Ce constat rejoint les conclusions de l'enquête sur les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques, qui montre qu'après leurs vingt ans, seuls la moitié des adultes déclarent vivre en couple. Et le fort taux de célibat ne s'estompe pas avec l'avancée en âge des personnes²⁶.

L'environnement social joue également un rôle déterminant dans la possibilité ou non de former un couple. On connaît par exemple les freins sociaux pour les personnes en situation de handicap intellectuel à construire

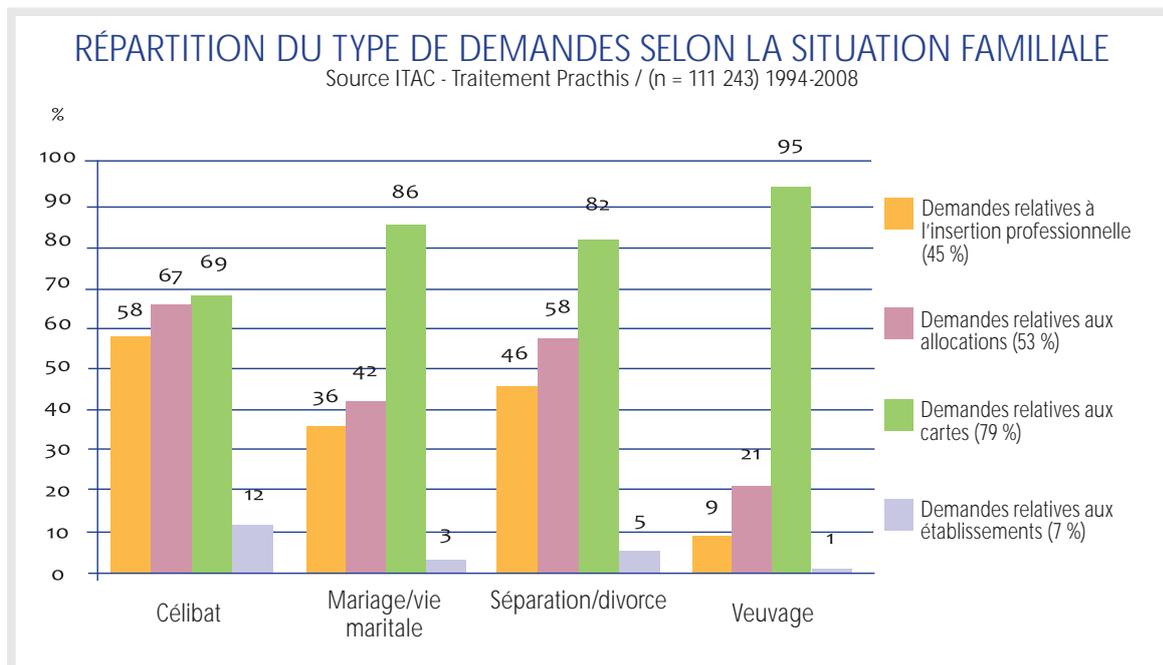
un couple selon les normes classiques : il n'est pas possible pour une personne en situation de handicap intellectuel sous tutelle, par exemple, d'accéder à son désir de mariage sans l'accord de l'entourage, et le cadre social est encore réticent à l'accepter. Il serait intéressant de voir si la même problématique touche les personnes en situation de handicap psychique ou si ces écarts sont plutôt de nature interpersonnelle.

Les personnes en situation de handicap moteur ou avec un trouble de santé invalidant (bien que restant majoritairement célibataires) sont plus souvent mariées ou en couple. Le handicap « physique » constituerait moins un frein sur ce plan.

En effet, diverses études ont montré au contraire que la présence d'un handicap moteur chez l'un des conjoints n'entravait pas pour autant une relation conjugale (Roussel 2004).

²⁶ « Entre 40 et 59 ans, 53 % seulement des personnes suivies pour des troubles psychiques vivent en couple, contre 84 % du reste de la population du même âge » (Anguis et de Peretti 2003).

La demande caractérisée par la situation familiale



Les personnes célibataires effectuent davantage de demandes de placement en établissement (+ 5 points), ces personnes isolées apparaissant comme plus souvent orientées vers une entrée en institution.

L'isolement et le célibat des personnes ont déjà été repérés comme des facteurs de risque d'institutionnalisation dans les résultats de l'enquête HID : « Sur l'ensemble de la population institutionnalisée présentant une déficience motrice et âgée de 20 à 70 ans, la proportion de personnes isolées (célibataires, veuves, divorcées, séparées) est de 92 %. Les personnes sans famille proche sont, en conséquence, très largement surreprésentées au sein de la population en institution » (Triomphe 2003).

Par ailleurs, il apparaît que les personnes célibataires font des demandes liées aux ressources (allocations + 14 points ou insertion professionnelle + 13 points). Le plus grand isolement de ces personnes et l'absence de soutien familial peut expliquer cette demande

plus fréquente d'autonomisation au travers de ressources.

On peut de même établir une corrélation entre l'isolement familial et la nécessité de ressources : les personnes séparées ou divorcées établissent également plus de demandes d'allocations (+ 5 points).

Les personnes mariées, en revanche, effectuent moins de demandes d'allocations. Mais les ressources du couple étant prises en compte pour le calcul des prestations, une personne en situation de handicap dont le conjoint travaille pourra ne pas bénéficier de l'AAH, par exemple. Ce plafond de ressource explique peut-être une moindre demande d'allocations chez les personnes mariées.

Les personnes veuves font davantage de demandes de cartes (+ 16 points). Ce sont pour la majorité des femmes concernées par des troubles de santé invalidants, ce qui pourrait expliquer une demande accrue de cartes concernant les transports ou les priorités dans la cité.

ZOOM SUR LES PERSONNES DE NATIONALITÉ EUROPÉENNE OU NON COMMUNAUTAIRE

Les personnes de nationalité européenne ou non communautaire ont une demande tournée vers l'insertion professionnelle ainsi qu'une demande d'allocations. Elles effectuent une première demande majoritairement entre 35 et 49 ans. Il apparaît une corrélation entre les personnes de nationalité européenne ou non communautaire et la proportion de personnes dont le handicap a pour origine un accident lié au travail. En effet, ces dernières sont plus souvent représentées lorsque l'on observe cette variable. Parmi les personnes concernées dont le handicap est renseigné, on remarque une prédominance du handicap moteur, qui peut être également une conséquence de ces accidents.

Il serait intéressant d'approfondir ce profil avec des données concernant les soins médicaux, afin de mieux comprendre le lien entre demandes à la MDPH et l'état de santé des personnes.

Les personnes de nationalité européenne ou non communautaire sont plus souvent en couple marié que célibataires.

On repère moins de femmes (41 %) que d'hommes (59 % soit un écart plus grand que la moyenne des demandeurs). Or parmi les personnes de nationalité européenne ou non communautaire résidant à Paris, il existe une quasi-parité entre les hommes (51 %) et les femmes (49 %)²⁷ (personnes âgées de 15 à 55 ans et plus).

Il conviendrait de s'interroger sur la sous représentation de ces femmes qui s'adressent à la MDPH. Il y aurait alors moins de femmes en situation de handicap parmi les femmes de nationalité européenne ou non communautaire vivant à Paris, ou ces femmes seraient plus isolées, moins bien informées, ce qui entraverait ainsi leur accès à la MDPH.

Pour approfondir ces différentes questions, il conviendrait également de prendre en compte les actions du centre d'action sociale de la ville de Paris en direction des femmes avec enfants ou des personnes non communautaires.

²⁷ Insee, RP2006 exploitation principale. NAT1 - Population totale par sexe, âge et nationalité (Paris).

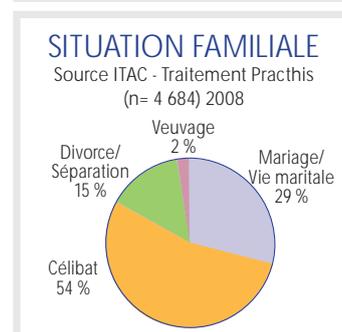
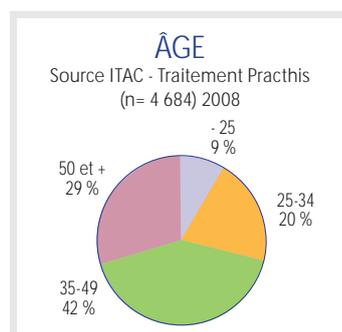
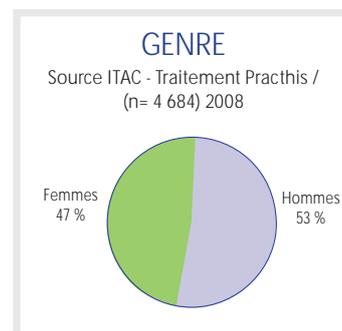
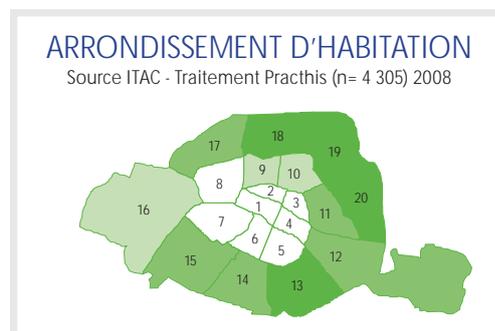
1.2. PROFIL DES PRIMO-DEMANDEURS DE RQTH EN 2008

Rappel des effectifs :

- Le profil est basé sur l'analyse des 4 684 dossiers de primo-demandeurs de RQTH pour l'année 2008 qui ont bénéficié d'un accord.
- Les résultats concernant l'arrondissement d'habitation s'appliquent aux seuls résidant effectivement à Paris, soit 4 305 personnes.
- Les résultats concernant le genre, l'âge et la situation familiale s'appliquent à l'ensemble des 4 684 dossiers.

REPÈRES SUR LES CARACTÉRISTIQUES DES PRIMO-DEMANDEURS DE RQTH EN 2008

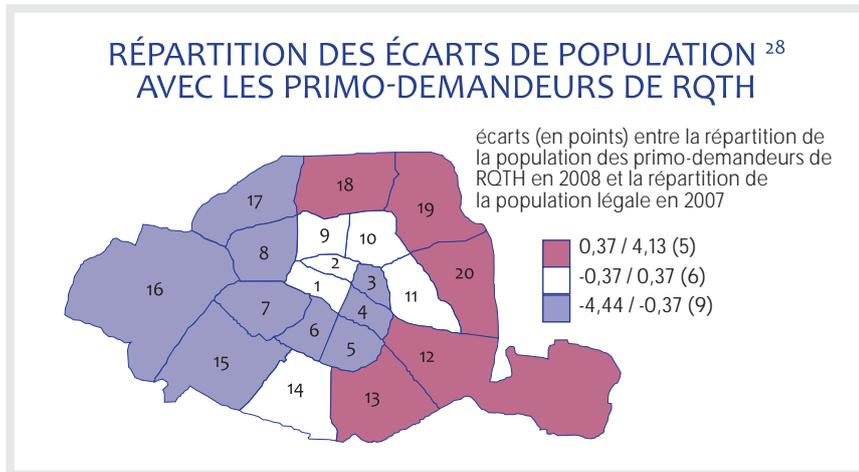
- Les primo-demandeurs de RQTH sont répartis différemment selon les arrondissements parisiens (2008 non comparable à la période 1994-2008)
- Les hommes sont légèrement majoritaires (2008 identique à la période 1994-2008)
- Les primo-demandeurs de RQTH sont plus jeunes que l'ensemble des personnes (2008 différent de la période 1994-2008)
- Les primo-demandeurs de RQTH vivent un peu moins en couple et sont plus célibataires que l'ensemble des personnes (2008 différent de la période 1994-2008)
- Données non significatives sur les types de handicap (effectifs insuffisants) mais même ordre d'importance que pour l'ensemble des demandeurs
- Données non significatives sur l'origine du handicap (effectifs insuffisants)



1.2.1 L'arrondissement d'habitation

Les primo-demandeurs de RQTH qui se sont adressés à la MDPH en 2008 apparaissent moins nombreux dans les arrondissements

du centre de Paris, et plus nombreux dans les autres arrondissements (dans lesquels de façon générale la population est la plus importante).

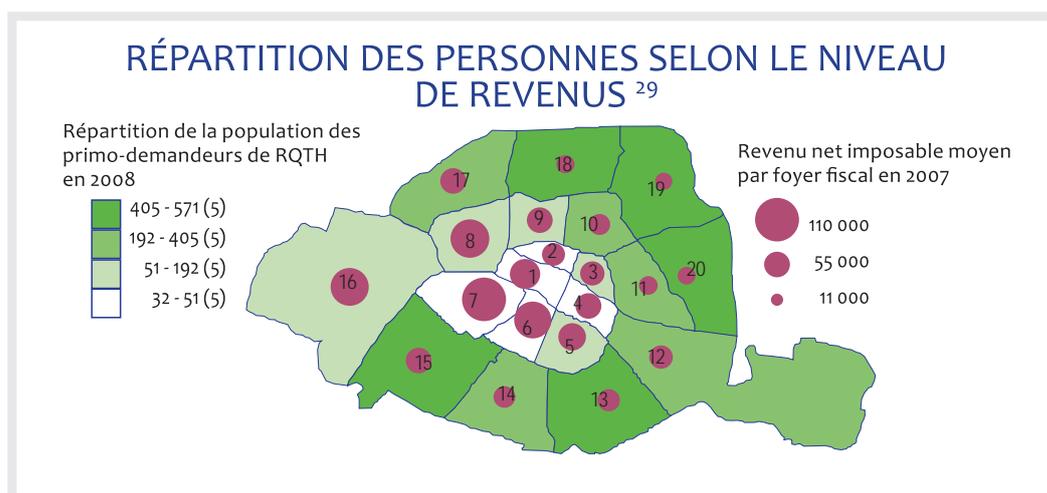


Si l'on compare la répartition des primo-demandeurs de RQTH avec l'ensemble de la population parisienne, on constate quelques écarts. Ainsi, davantage de personnes en situation de handicap résident dans les arrondissements de l'Est parisien (18, 19, 20, 12 et 13^e arrondissements). Au contraire, moins de personnes en situation de handicap sont domiciliées dans les arrondissements situés à l'Ouest (3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 16 et 17^e arrondissements).

Dans les 1^{er}, 2, 9, 10, 11 et 14^e arrondissements,

personnes en situation de handicap et population générale parisienne apparaissent dans les mêmes proportions.

Il n'entre pas dans le cadre de cette étude de pouvoir expliciter cette répartition. Il est probable que de multiples facteurs soient combinés, tels que l'accessibilité de l'arrondissement, le nombre et la disponibilité de logements adaptés, la proximité de structures (d'accompagnement, de soins, de travail...), que d'autres enquêtes avec d'autres analyses pourraient mettre à jour.



On peut toutefois faire apparaître une certaine corrélation entre le lieu d'habitation des personnes en situation de handicap et le niveau de revenus des personnes résidant dans l'arrondissement.

On remarque donc un biais selon le niveau de ressources. Il existe globalement davantage de personnes en situation de handicap dans des arrondissements où les personnes disposent de faibles revenus, et moins de personnes en situation de handicap dans des arrondissements où les personnes déclarent des revenus plus importants.

²⁸ Insee. Population légale 2007 des arrondissements de Paris.

²⁹ Insee DGI - Impôts sur le revenu des personnes physiques. Revenu net imposable moyen par foyer fiscal en 2007.

1.2.2 Le genre des primo-demandeurs de RQTH en 2008

En 2008, les 4 684 primo-demandeurs de RQTH présentent une proportion similaire à l'ensemble des 111 243 demandeurs (toutes demandes confondues) entre 1994 et 2008, soit :

- 53 % d'hommes
- 47 % de femmes

La légère prédominance masculine dans les démarches MDPH n'est pas conforme à la répartition hommes/femmes observée dans la population parisienne, les hommes étant au contraire moins nombreux que les femmes dans la population générale parisienne. Si l'on considère les tranches d'âge habituelles liées au travail, la différence est encore plus accentuée pour les personnes entre 20 et 59 ans qui s'adressent à la MDPH : 57 % d'hommes et 43 % de femmes en situation de handicap. Pour cette même tranche d'âge (20-59 ans), les hommes parisiens représentent 48 % de la population (52 % pour les femmes)³⁰.

En revanche, les hommes en situation de handicap de plus de 50 ans (47 %) sont moins nombreux que les femmes en situation de handicap (53 %), ce qui paraît conforme à la population générale à Paris.

L'écart hommes/femmes dans les situations d'insertion professionnelle n'est pas spécifique au public de la MDPH. Il est conforme à ce qui est observé dans d'autres dispositifs d'accès à l'emploi.

Par exemple, en 2008 à Paris, l'écart est particulièrement accentué pour les personnes qui ont déclaré leur situation de handicap lors de leur inscription à Pôle emploi : 58 % sont des hommes et 42 % des femmes³¹. Cet écart est d'autant plus notable qu'on ne le constate pas pour l'ensemble de la population parisienne en demande d'emploi, quasiment paritaire (hommes 51 % et femmes 49 %)³².

On peut alors s'interroger sur des spécificités, des difficultés particulières que rencontreraient les femmes en situation de handicap dans la recherche ou l'accès à l'emploi – en lien notamment avec leurs situations personnelles.

1.2.3 L'âge des primo-demandeurs de RQTH en 2008

Les 4684 personnes qui obtiennent une RQTH en 2008 présentent un profil différent de l'ensemble des demandeurs, avec un âge moyen inférieur à l'ensemble des 111 243 personnes (toutes demandes confondues) :

- 9 % de personnes ont moins de 25 ans
- 20 % sont âgées de 25 à 34 ans
- 42 % sont âgées de 34 à 49 ans
- 29 % ont 50 ans et plus

L'âge moyen est de 41 ans pour les primo-demandeurs de RQTH en 2008.

³⁰ Insee, RP2006 exploitation principale. POP1B - Population totale par sexe et âge (Paris).

³¹ Données Pôle emploi fin décembre 2008 (Paris) Stock des demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM catégories 1-2-3).

³² Données Pôle emploi fin décembre 2008 (Paris) Stock des demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM catégories 1-2-3).

Si l'ensemble des demandeurs présentent un âge plutôt élevé sur la totalité de la période 1994-2008 (53 % des personnes sont âgées de 50 ans et plus), les personnes qui demandent une RQTH ou une orientation professionnelle en 2008 présentent un profil différent de l'ensemble, avec un âge moyen inférieur (seulement 29 % des primo-demandeurs de RQTH sont âgés de 50 ans et plus en 2008).

Cette situation peut montrer un intérêt accru pour l'emploi chez les personnes dont l'âge correspond au maximum de l'activité professionnelle.

Elle peut aussi être le signe d'un renoncement plus marqué avec l'avancée en âge concernant les démarches d'insertion ou de reconversion professionnelle.

Toutefois, les primo-demandeurs de RQTH restent plus âgés que l'ensemble de la population parisienne. Si l'on considère les personnes à âge égal (notamment si l'on exclut les personnes qui ont dépassé l'âge légal de la retraite) sur la tranche d'âge de 20 à 59 ans, on remarque 32 % de personnes en situation de handicap âgées de 50 à 59 ans – contre 19 % de personnes parisiennes âgées de la même tranche d'âge³³.

En revanche, les tranches d'âge des personnes qui effectuent une première demande de RQTH sont comparables à celles des personnes en situation de handicap en recherche d'emploi accueillies dans d'autres structures à Paris, comme Pôle emploi, ou le Cap emploi.

ÂGE DES PERSONNES				
	Base ITAC (Paris 2008) (1)	Insee (Paris 2006) (2)	Pôle emploi (Paris 2008) (3)	Cap emploi (Paris 2008) (4)
20-24 ans - de 25 ans (3) / - de 26 ans (4)	6 %	20 %	1 %	4,5 %
25-49 ans	62 %	61 %	63 %	65,5 %
50-59 ans 50 ans et plus (3) (4)	32 % ³⁴	19 %	36 %	30 %

(1) Base ITAC (2008) – Traitements Practhis

(2) Insee, RP2006 exploitation principale. POP1B - Population totale par sexe et âge (Paris).

(3) Données Pôle emploi. Stock des demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM 1, 2, 3). Décembre 2008

(4) Rapport d'activité des structures Cap emploi 2008

Par ailleurs, il convient de prendre en compte l'âge élevé des personnes en situation de handicap en emploi (47 % de plus de 50 ans

dans la DOETH³⁵ en 2007), qui peut impacter le nombre de personnes plus âgées s'adressant à la MDPH, notamment dans le cadre du maintien.

³³ Insee, RP2006 exploitation principale. POP1B - Population totale par sexe et âge (Paris).

³⁴ Ce pourcentage se rapporte à la population des 20-59 ans, qui diffère de la répartition relative à la population dans laquelle les personnes âgées de moins de 20 ans et de plus de 59 ans sont présentes.

³⁵ Déclaration annuelle obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés 2007, extraction au 10 septembre 2009.

1.2.4 La situation familiale des primo-demandeurs de RQTH en 2008

En 2008, les 4 684 primo-demandeurs de RQTH présentent un profil familial différent de l'ensemble des 111 243 personnes qui ont déposé une demande à la MDPH entre 1994 et 2008, avec notamment davantage de personnes célibataires et moins de personnes mariées :

- 29 % de personnes mariées ou vivant maritalement
- 54 % de célibataires
- 15 % de personnes séparées ou divorcées
- 2 % de personnes veuves

La forte proportion de personnes seules ou se déclarant seule, par rapport aux personnes vivant en couple se rapproche de la situation générale observée à Paris pour l'ensemble de la population aux mêmes âges.

Cependant, on constate que les personnes en situation de handicap sont moins souvent mariées ou en vie maritale, et plus souvent seules :

- En couple (mariés et concubins) : 29 % de personnes en situation de handicap mariées ou vivant maritalement contre 37 % pour la population parisienne âgée de 20 à 64 ans.
- Seuls (célibataires, veufs, divorcés ou séparés) : 71 % de personnes en situation de handicap seules contre 63 % pour la population parisienne âgée de 20 à 64 ans ³⁶.

Il existe par ailleurs des variations dans les motifs de solitude des personnes, les personnes en situation de handicap étant plus souvent devenues seules après une rupture familiale (séparation, divorce ou veuvage).

Pour la tranche d'âge comprise entre 20 et 64 ans, on remarque une surreprésentation de femmes chez les personnes veuves ou divorcées en situation de handicap (92 % de femmes veuves et 60 % de femmes divorcées ou séparées en situation de handicap), qui se retrouve de la même manière dans la population totale parisienne (79 % de veuves et 62 % de divorcées) ³⁷.

Au contraire, les hommes en situation de handicap apparaissent plus souvent mariés (55 % d'hommes mariés ou vivant maritalement) que l'ensemble des Parisiens (49 % d'hommes mariés) ³⁸.

1.2.5 Le type de handicap et son origine

Il n'est pas possible d'analyser ces deux points pour les primo-demandeurs de RQTH en 2008 car les données sont insuffisamment renseignées et les résultats non significatifs³⁹.

³⁶ Insee, RP2006 exploitation principale. POP3 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et état matrimonial légal (Paris).

³⁷ 62 % de femmes divorcées contre 38 % d'hommes divorcés, et 79 % de veuves contre 21 % de veufs, pour une population âgée de 20 à 64 ans. Insee, RP2006 exploitation principale. POP3 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et état matrimonial légal (Paris).

³⁸ 49 % d'hommes mariés contre 51 % de femmes mariées pour une population âgée de 20 à 64 ans. Insee, RP2006 exploitation principale. POP3 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et état matrimonial légal (Paris).

³⁹ 158 primo-demandeurs de RQTH dont le handicap est connu en 2008 ; 153 primo-demandeurs de RQTH dont l'origine du handicap est renseignée en 2008. L'effectif des personnes est trop faible pour être analysé, notamment dans les tris croisés.

2^E PARTIE : ORIENTATIONS ET TRAJECTOIRES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

La seconde partie de l'étude examine les attentes des personnes en situation de handicap et les trajectoires à travers une enquête téléphonique auprès de primo-demandeurs de RQTH en 2008.

Bien que la méthode par enquête repose sur l'auto-déclaration, ce qui conduit parfois à interpréter avec précaution les données recueillies, cette méthode semblait la plus pertinente pour aborder les questions de trajectoires et compléter le profil des demandeurs de RQTH⁴⁰.

Six types d'informations viennent enrichir l'analyse des profils effectuée dans la première partie :

- La situation des personnes face à l'emploi lors de la première demande de RQTH (en emploi, en recherche d'emploi ou inactives).
- Le niveau de formation : la typologie suit la catégorisation habituelle des niveaux de formation (de I à VI).
- La situation vis-à-vis du maintien dans l'emploi (aide au maintien, adaptation des postes et reclassement).
- Les revenus des personnes : les informations ont été regroupées selon la source du revenu (« travail » avec les salaires et les retraites, « maladie » avec les indemnités journalières, les rentes AT/MP et les pensions d'invalidité, « handicap » avec l'AAH, « chômage » avec les indemnités Assédic, l'allocation de retour à l'emploi et l'allocation de solidarité spécifique, « social » avec les allocations familiales et les allocations logement).
- La situation de la personne vis-à-vis du logement.
- La situation vis-à-vis de l'accompagnement médico-social.

En plus de ces informations, l'enquête a permis de mieux cerner les attentes relatives à la RQTH au moment de la demande ainsi que l'identification du devenir des personnes et de leurs besoins restants.

■ 2.1. PRÉAMBULE SUR L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Les trajectoires d'insertion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap se mesurent généralement à travers les décisions d'orientation prononcées par la MDPH⁴⁵.

Une personne effectuant une demande peut en effet solliciter l'avis de la Commission pour :

• **un accueil ou un accompagnement par un « établissement ou service médico-social pour adulte »⁴⁶ :**

maison d'accueil spécialisée (Mas) ; foyer d'accueil médicalisé (Fam) ; foyer de vie ou occupationnel ; foyer d'hébergement pour travailleur handicapé ; service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (Samsah) ; service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)...

• **une orientation « relative au travail, à l'emploi ou à la formation professionnelle »⁴⁷ :**

marché du travail ou « milieu ordinaire, dont entreprise adaptée (EA) », établissement ou service d'aide par le travail (Esat), formation professionnelle (pré orientation, centre de rééducation professionnelle - CRP...).

⁴⁰ Le détail du questionnaire est présenté en annexe méthodologique.

⁴⁵ La Cotorep jusqu'en 2006.

⁴⁶ Cerfa 12688*01.

⁴⁷ Cerfa 12694*01.



ÉLÉMENTS DE MÉTHODOLOGIE

- 272 personnes⁴¹ ayant effectué une première demande de RQTH en 2008 ont été enquêtées par téléphone⁴².
- Les 272 personnes enquêtées présentent le même profil que l'ensemble des 4 684 personnes ayant adressé une demande à la MDPH en 2008, concernant le genre, l'âge, la nationalité ou la situation familiale (base ITAC/MDPH pour 2008).
- Les profils concernant le type de handicap sont quelque peu différents⁴³ mais les grandes tendances restent identiques : prédominance des personnes en situation de handicap moteur (49 %), suivie des personnes avec des troubles de santé invalidants (29 %) et des personnes en situation de handicap psychique (11 %). En moindre proportion, les personnes déclarent ensuite une situation de handicap auditif (7 %), intellectuel (7 %) et visuel (4 %) ⁴⁴.

Parmi l'ensemble des 272 personnes enquêtées qui ont déposé une demande de RQTH en 2008 :

- 29 % ont fait une demande de RQTH seule,
- 30 % une demande conjointe de RQTH et d'ORP (recherche d'emploi, formation, maintien, milieu protégé),
- 62 % une demande conjointe de RQTH et d'allocations (AAH),
- 17 % une demande conjointe de RQTH et de cartes.

Les effectifs deviennent relativement faibles lorsqu'il s'agit d'analyser la population enquêtée par type de handicap ou par type de situation. Néanmoins les résultats qui semblaient pouvoir donner des pistes supplémentaires d'analyse sont présentés ci-après.

⁴¹ 300 visées au total. 30 été enquêtées en face à face, puis enquêtées à nouveau par téléphone 9 mois plus tard (lire partie 3). Ces 30 personnes sont traitées séparément dans l'étude (différences de profils et de modalité d'enquête).

⁴² Interviews réalisées par la Sofres du 7 au 16 janvier 2010 sur la base d'une proposition de questionnaire élaboré par Practhis, le département de Paris (Dases) et la DDTEFP de Paris, après consultation du Comité de pilotage. Un courrier de la Dases a été envoyé expliquant la démarche de cette enquête. Un n° vert a été mis en place pour répondre aux questions (2 % des personnes l'ont utilisé).

⁴³ Attention, ici l'information est déclarative, alors qu'elle est renseignée par la Cotorep puis par la MDPH dans la base ITAC.

⁴⁴ Compte tenu de l'effectif des personnes enquêtées et du déficit de remplissage de la variable « handicap » dans la base ITAC, il semble délicat de comparer précisément les deux sources sur ce point.

Certaines de ces orientations peuvent se compléter, mais elles déterminent cependant des trajectoires en tant que telles : l'accompagnement médico-social, l'activité à caractère professionnel en milieu protégé ou le milieu ordinaire de travail.

Jusqu'en 2005, les orientations professionnelles comprenaient, pour le milieu protégé, les actuelles entreprises adaptées (anciennement ateliers protégés), et s'agissant du milieu ordinaire, distinguaient la recherche directe d'emploi (via l'ANPE) de la recherche avec accompagnement (par une EPSR, un OIP⁴⁸ ou une structure Cap emploi).

Depuis 2006, ces orientations se fondent dans le « marché du travail »⁴⁹, même si des contacts peuvent être indiqués dans la notification, **et il revient au réseau d'organiser en aval de la décision de la MDPH la suite de l'orientation** quant à :

- **l'accompagnement nécessaire** (entre Pôle emploi et Cap emploi, via des conventions de co-traitance notamment),

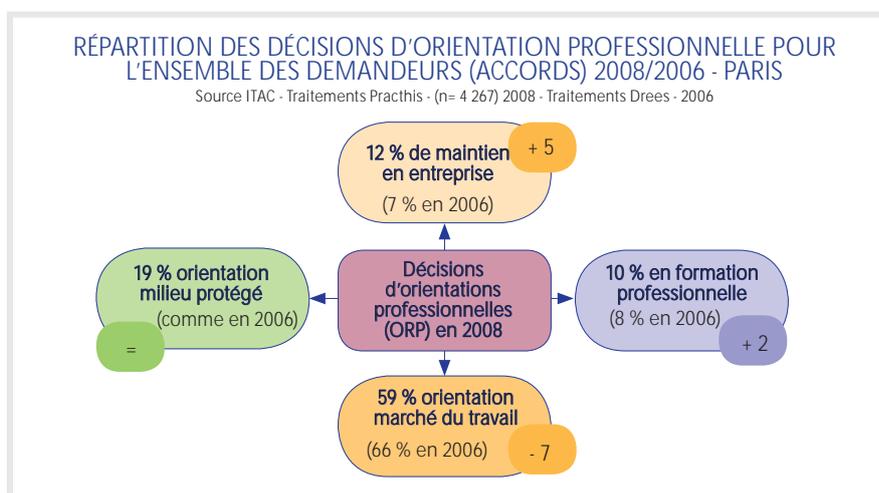
- **le « milieu d'insertion » le plus adéquat** (adapté ou ordinaire, via prescription Pôle emploi et Cap emploi, ou prise en compte de l'efficacité réduite⁵⁰ de la personne en situation de handicap).

Pour ce qui concerne Paris, l'orientation professionnelle s'est faite de nombreuses années avec une orientation quasi systématique vers l'un des deux Cap emploi parisiens (ESPR 17 et OHE 75). Puis ce principe a évolué notamment à travers la mise en place des conventions de co-traitance avec l'ANPE puis Pôle emploi.

L'orientation relève aujourd'hui d'un circuit prioritaire via Pôle emploi, avec une collaboration MDPH / Handipass s'agissant du suivi des décisions de RQTH.

Sur la base des seules données ITAC, l'analyse des accords d'orientation professionnelle apportent les informations suivantes (pour l'ensemble des demandeurs de RQTH) :

En 2008, sur les 4267 accords d'orientation professionnelle étudiés, près d'une sur cinq ont concerné le milieu protégé, les 80 % restant se répartissant entre formation, marché du travail et maintien en entreprise⁵¹.



⁴⁸ Equipes de préparation et de suite au reclassement et organismes d'insertion et de placement.

⁴⁹ Avec cependant une pratique de saisie dans ITAC qui n'a pas changé – le champ « accompagnement et suivi » étant systématiquement renseigné dans la base malgré des notifications « marché du travail ».

⁵⁰ L'efficacité réduite est un critère établi via la loi de 2005 pour permettre aux entreprises adaptées de recruter directement des personnes handicapées éligibles à l'aide au poste versée par l'Etat à ces structures. Ce critère comprend une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, une durée de chômage d'au moins un an, et l'un des critères complémentaires parmi : sortie récente d'un établissement de santé ou d'un établissement médico-social pour enfant ou adulte handicapé, passage par une entreprise d'insertion, suivi par un service de soins ou d'aide à domicile... (ou sans critère complémentaire si sortant d'un Esat ou d'une autre entreprise adaptée).

⁵¹ Décisions relatives aux salariés, qu'il y ait ou non une problématique de maintien dans l'emploi.

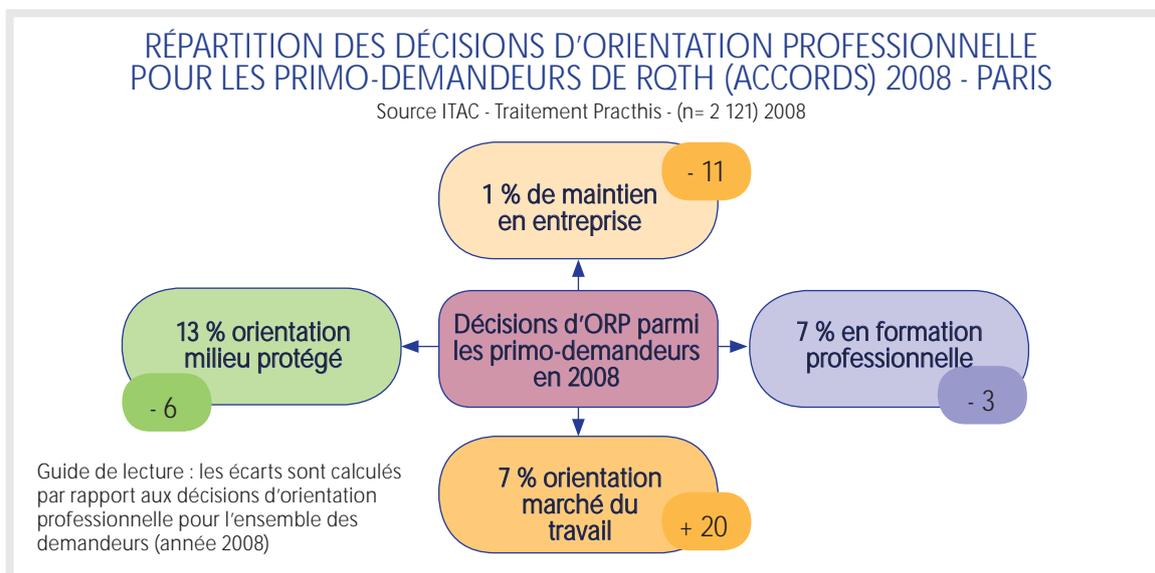
Par rapport à 2006⁵², malgré une hausse d'un tiers des accords d'ORP, les proportions milieu protégé et marché du travail restent inchangées. La bascule des décisions d'orientations relatives aux ateliers protégés vers le marché du travail (entreprises adaptées) ne fait pas changer ce rapport. Il faut signaler cependant que le poids des décisions relatives aux ateliers protégés ne représentaient en 2006 que 6 % des décisions milieu protégé et à peine 1 % de l'ensemble des accords d'ORP.

La plus forte évolution concerne le maintien en entreprise, qui souligne la meilleure identification des situations relatives au maintien par la MDPH (0 % décisions de maintien en 2004⁵³).

Par rapport à la région Île-de-France, le poids des décisions de maintien et formation reste en-deçà de la proportion régionale en 2006 (25 % d'ORP maintien, 13 % d'ORP formation⁵⁴), et **plutôt au-dessus en matière d'ORP marché du travail** (42 % recherche directe d'emploi pour la région en 2006).

Lorsque l'on regarde les seuls primo-demandeurs, la répartition des accords d'orientation professionnelle sur Paris change nettement...

Ainsi, les orientations vers le milieu protégé en première décision ne sont plus que de 13 %, et celles relatives à un maintien en entreprise ne représentent plus que 1 % des accords⁵⁵.



Ces demandes peuvent également faire l'objet d'un refus, soit parce que la personne n'est pas en situation immédiate d'engager un parcours professionnel, soit parce que la demande ne peut être satisfaite.

Ces décisions ne traduisent que partiellement les attentes des personnes en matière d'accompagnement, et surtout ne font pas l'objet d'un suivi spécifique quant aux suites données par les personnes à ces décisions ni quant à

leur devenir en termes d'insertion à proprement parler.

Ces éléments ont été recherchés par le biais de l'enquête sur le devenir des primo-demandeurs après décision, dont les résultats sont rapportés ci-après.

Aussi, la lecture des trajectoires par ce biais ne recouvre qu'une partie des demandeurs passés par la MDPH.

⁵² NB : Les données Drees pour Paris sont sensiblement identiques en volumes (3263 accords contre 3182) mais diffèrent sur la classification des types d'orientation pour la formation (11 % Drees contre 8 % dans l'échantillon ITAC traité dans cette étude – les autres proportions étant assez proches).

⁵³ Source Drees 2004

⁵⁴ Source Drees 2006 – données à considérer cependant avec prudence, s'agissant de l'année de transition Cotorep/MDPH

⁵⁵ Sur un total de 2121 premiers accords sur la période.

ZOOM SUR LES SAVS

Si l'étude s'est arrêtée à l'analyse des données ITAC relatives aux orientations professionnelles, il a été accordé une attention particulière, dans les orientations médico-sociales, aux données concernant les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)⁵⁶ en guise d'éclairage des informations recueillies.

Les 22 SAVS existant à Paris en 2010 sont des structures dont peuvent bénéficier les personnes en situation de handicap sur orientation de la MDPH. Quatre principales missions structurent la prise en charge par le SAVS : un accompagnement social, un soutien avec l'environnement familial, un suivi psychologique et un appui à l'insertion professionnelle.

Il s'agit d'aider la personne à reprendre pied dans un environnement social, avec un accompagnement dans des domaines variés de la vie quotidienne (lutte contre l'isolement, logement, ressources, alimentation...). Le lien avec l'entourage familial et social de la personne est sollicité et privilégié.

La MDPH de Paris a effectué 336 orientations vers un SAVS depuis 2006. Le nombre de femmes et d'hommes accueillis en SAVS est conforme à la proportion des personnes s'adressant à la MDPH.

En revanche, l'âge des personnes est nettement plus jeune que celui de l'ensemble des personnes en situation de handicap : 12 % ont moins de 25 ans, 71 % ont entre 25 et 49 ans et 17 % ont plus de 50 ans. On ne peut savoir si cette répartition traduit un effet de prescription ou si cela correspond aux tranches d'âge du public demandeur.

Les personnes bénéficiaires des SAVS sont majoritairement en situation de handicap psychique (56 % des personnes dont le handicap est connu), ce qui pourrait également expliquer la répartition en âge des bénéficiaires (ce public étant généralement plus jeune) ; puis les personnes en situation de handicap moteur (26 % des bénéficiaires).

Les personnes isolées sont plus nombreuses (85 % de célibataires et 8 % de mariés ou concubins), ce qui semble cohérent avec la finalité des SAVS de tisser du lien social pour des personnes qu'on peut supposer moins entourées.

Depuis 2006, en plus de la demande concernant le SAVS, les personnes ont effectué 1119 autres demandes, qui se répartissent en :

- 79 % de demandes relatives à l'insertion professionnelle
- 78 % de demandes relatives aux allocations
- 58 % de demandes relatives aux cartes

Les personnes sont donc autant tournées vers une démarche liée à l'emploi que vers une demande de ressources.

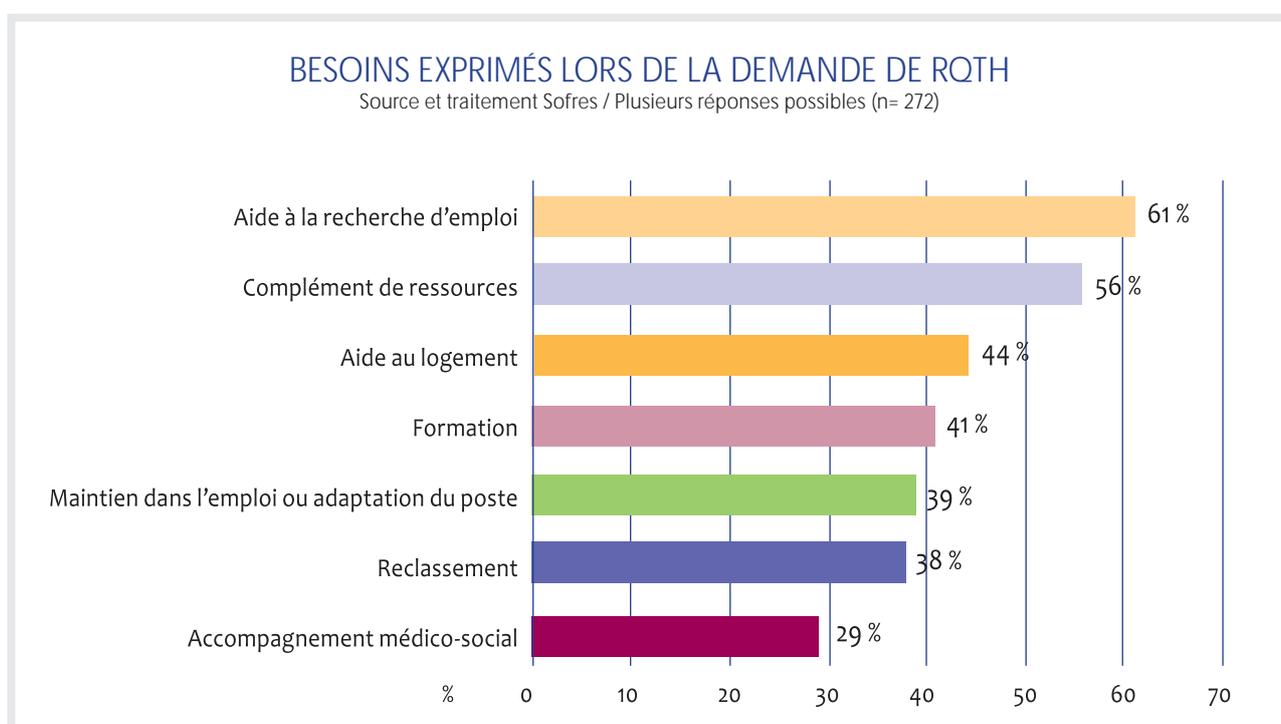
⁵⁶ Volumes insuffisants pour examiner les orientations Samsah.

■ 2.2. LES ATTENTES ET BESOINS DES PERSONNES EN DEMANDE DE RECONNAISSANCE

Parmi les 272 personnes ayant effectué une demande de RQTH en 2008, 94 % déclarent avoir au moins un besoin lié à l'emploi.

Sur la question des besoins qu'avaient les personnes au moment de leur demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, l'aide à la recherche d'emploi arrive très naturellement en tête. Ce besoin représente ainsi 61 % des besoins exprimés (pour 71 % de personnes sans emploi au moment de la demande).

La finalité professionnelle reste également présente dans d'autres réponses comme la formation (41 %), le maintien dans l'emploi ou l'adaptation du poste de travail (39 %) et de reclassement (38 %), notamment quand les demandeurs ont couplé leur demande de RQTH avec une demande d'orientation professionnelle.



Quand les demandeurs ont déposé également des demandes d'AAH, on retrouve plus souvent l'expression d'un besoin de complément de ressources (56 % des personnes ont exprimé ce besoin). **Le besoin d'accompagnement médico-social apparaît dans 29 % des réponses.**

Les personnes évoquent par ailleurs des besoins hors du champ strictement professionnel, et hors des compétences de la MDPH, avec les problématiques d'aide au logement (44 %).

Une analyse thématique par thématique permet d'affiner cette première lecture.

2.2.1. L'accès à l'emploi

Les difficultés d'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap

Les difficultés des personnes en situation de handicap face à l'emploi ont été repérées dans de nombreuses études.

« Si l'on tient compte du fait que l'âge, le sexe, le diplôme et la zone d'habitation contribuent à expliquer la probabilité d'être en emploi, avoir un problème de santé de longue durée ou un handicap diminue de moitié les chances relatives de travailler » (Amira et Meron, 2006).

L'enquête HID en 1999⁵⁷ avait permis de repérer un taux d'emploi des travailleurs handicapés plus faible que celui des personnes valides, avec un écart plus marqué encore pour les femmes

handicapées⁵⁸, comme pour les personnes ayant des troubles de la santé mentale.⁵⁹

En 2002, l'enquête emploi de l'Insee⁶⁰ montre que 37 % des personnes en situation de handicap bénéficiant d'une reconnaissance administrative travaillent, contre 62 % pour l'ensemble des personnes âgées de 15 à 64 ans (Amira et Meron, 2006).

Plus récemment, l'enquête « Santé, handicap et travail » de l'Insee⁶¹ en 2007 a fait apparaître que le taux d'emploi des personnes en situation de handicap a peu varié : il atteint 35 % contre 65 % pour l'ensemble de la population (Nguyen et Ulrich, 2008).

Un nombre de chômeurs élevé

Toutes les enquêtes s'accordent sur le taux élevé de chômage des personnes en situation de handicap.

Les résultats de l'enquête HID mettent ainsi en avant ce fort taux de chômage : « Cumulant handicap, faible niveau de qualification et âge élevé, cette population est très exposée au chômage : en décembre 1999, 24 % des actifs handicapés se déclarent chômeurs » contre 11 % environ pour l'ensemble de la population (Amira, 2001).

L'enquête emploi de l'Insee en 2002 fait apparaître un taux de chômage deux fois plus élevé parmi

les personnes en situation de handicap (17 %) que dans la population générale (9 %). Il existe par ailleurs une disparité de genre : le taux de chômage des femmes est plus élevé que celui des hommes (Amira et Meron, 2006).

Plus récemment dans l'enquête complémentaire Insee de 2007, le taux de chômage des personnes handicapées s'élève à 19 %, soit encore plus du double de celui de la population générale (8 %) des personnes de 15 à 64 ans. La différence de genre persiste face au chômage, les femmes étant plus touchées que les hommes (21 % contre 18 %) (Amira et Ben Yaala, 2009).

⁵⁷ Enquête HID (Handicaps, incapacités, dépendance) de l'Insee, du Credes, de la Drees, du Ctherhi, de l'Ined, de l'Inserm, de la Mire et du réseau fédératif de recherche sur le vieillissement. Elle a été menée en 1999 auprès de 16900 ménages ordinaires (enquête par questionnaire).

⁵⁸ « Les femmes handicapées, avec un taux d'emploi en milieu ordinaire de 50 % rencontrent un double désavantage, à la fois vis-à-vis des autres femmes (taux d'emploi 72 %) et vis-à-vis des hommes handicapés, qui eux, sont déjà largement désavantagés par rapport aux hommes considérés comme non handicapés (71 % vs 90 %) » (Ravaud et Ville, 2003)

⁵⁹ Seules 40 % des personnes suivies régulièrement pour troubles de la santé mentale, âgées de 20 à 59 ans, exercent une activité professionnelle. Cette proportion s'approche de 75 % pour les personnes non suivies. La déficience psychique constitue donc un motif majeur d'inactivité (Anguis et de Peretti, 2003).

⁶⁰ Module complémentaire à l'enquête emploi de 2002, auprès 9000 personnes environ déclarant avoir un problème de santé de longue durée (plus de six mois) ou un handicap.

⁶¹ Enquête complémentaire à l'enquête emploi « Santé, handicap et travail » réalisée par l'Insee en 2007 auprès de 29000 personnes.

Un taux d'inactivité élevé

À partir des résultats de l'enquête HID, Ravaud et Ville (2003) constatent que le taux d'emploi diminue dès 35 ans chez les personnes handicapées, pour s'accroître après 55 ans, plus rapidement que pour les seniors valides. De même en 2002, Amira et Meron (2006) pointent que les chances d'être en emploi diminuent sensiblement pour les personnes en situation de handicap de plus de 45 ans.

Dans l'enquête « Santé » de l'Insee en 2002, il apparaît toutefois une forte disparité selon le genre : « Parmi les personnes de 50 à 59 ans se déclarant au foyer, (...) l'inactivité n'est motivée par un problème de santé que pour 27 % des femmes contre 90 % des hommes » (Barnay et Jeger, 2006). Si les femmes sont plus nombreuses à quitter le marché du travail de façon anticipée, elles l'expliquent moins souvent

que les hommes par une raison de santé ou de handicap.

Santé altérée et inactivité semblent liées, la mauvaise santé pouvant inciter à l'inactivité.

Les problèmes de santé rencontrés par les personnes de 50 ans et plus les inciteraient à devancer le moment du retrait de la vie active (Barnay et Jeger, 2006).

« En 2007, plus de la moitié des personnes ayant une reconnaissance administrative du handicap leur permettant éventuellement de bénéficier de la loi sur l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés sont inactives. Au sein de cette population, seulement 44 % des personnes déclarent avoir un emploi ou en rechercher un alors que le taux d'activité atteint 71 % pour l'ensemble des personnes âgées de 15 à 64 ans » (Amira et Ben Yaala, 2009).

Un chômage de longue durée

Si le taux de chômage est élevé, la situation de handicap est également un facteur de risque supplémentaire sur la durée du chômage.

La durée accrue de l'inactivité est une donnée récurrente du public en situation de handicap

accueilli par les structures spécialisées. Ainsi en 2008, 41 % des personnes reçues par la structure Cap emploi à Paris déclarent une durée de chômage supérieure à 2 ans.

DURÉE D'INACTIVITÉ DES PERSONNES ACCUEILLIES PAR CAP EMPLOI (PARIS)	
En emploi	17 %
Moins de 6 mois	12 %
6 à 12 mois	9 %
1 an à 2 ans	15 %
2 ans et plus	41 %
N'a jamais travaillé	6 %

Rapports d'activité des structures Cap emploi 2008

Les chômeurs en situation de handicap de longue durée inscrits à Pôle emploi en 2008 sont également plus nombreux que l'ensemble du public : 10 % de personnes en situation de

handicap ont une ancienneté d'inscription de plus de 2 ans contre 8 % pour l'ensemble du public, et 19 % contre 14 % pour celles qui dépassent les 3 ans d'inscription.

ANCIENNETÉ D'INSCRIPTION DES DEMANDEURS D'EMPLOI ACCUEILLIS À PÔLE EMPLOI (PARIS)

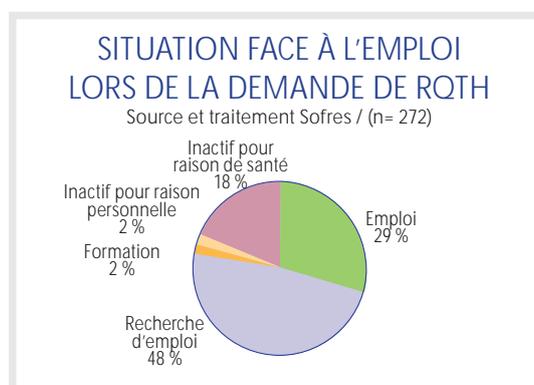
	Travailleurs handicapés	Tous publics
Moins de 6 mois	34 %	45 %
6 mois à moins de 12 mois	17 %	17 %
1 an à moins de 2 ans	20 %	17 %
2 ans à moins de 3 ans	10 %	8 %
3 ans et plus	19 %	14 %

Données Pôle emploi. Stock des demandeurs d'emploi en fin de mois (catégories 1, 2 et 3). Décembre 2008

► L'enquête

Au moment de la demande de RQTH en 2008, la majorité des personnes enquêtées était sans emploi (48 % à la recherche d'un emploi, 20 % inactives). La répartition des personnes se décline comme suit :

- 29 % des personnes en emploi
- 48 % à la recherche d'un emploi
- 2 % en formation
- 18 % inactives pour raison de santé
- 2 % inactives pour raison personnelle



La quasi-totalité des personnes inactives évoquent leur état de santé pour expliquer leur situation face à l'emploi.

Contrairement aux résultats des enquêtes HID, les personnes enquêtées inactives ne sont pas plus âgées que l'ensemble des personnes en situation de handicap. En effet, 30 % d'entre elles sont âgées de 50 ans et plus (comme pour les personnes en emploi).

Un peu moins du tiers des personnes sont en emploi. Toutefois, comme on peut le supposer du fait de la démarche de reconnaissance et sur la base des témoignages des entretiens en face

à face (voir partie 3), certaines rencontrent des difficultés dans l'emploi occupé au moment de la demande.

Au moment de l'enquête, 90 % des personnes en emploi travaillent dans le milieu ordinaire (69 % en CDI), et 6 personnes déclarent travailler en Esat⁶².

Contrairement aux différences significatives de genre repérées dans les études antérieures, l'enquête MDPH ne fait pas apparaître cette distinction pour les hommes et les femmes en emploi.

⁶² Ce qui paraît étonnant pour des primo-demandeurs de RQTH.

Pour les personnes au chômage, il n'existe pas non plus de différence de genre : 45 % des femmes sont à la recherche d'un emploi, contre 55 % des hommes, ce qui est plus ou moins conforme à la répartition générale femmes/hommes de l'ensemble des personnes enquêtées (47 % contre 53 %).

Les personnes en situation de handicap

psychique apparaissent nettement moins en emploi (14 %) et bien plus inactives (34 %) que l'ensemble des personnes en situation de handicap interrogées (29 % sont en emploi et 20 % sont inactives). On repère ici les difficultés particulières dans l'accès à l'emploi pour les personnes en situation de handicap psychique ⁶³, identifiées dans les enquêtes antérieures.

2.2.2. La formation

Un faible niveau de formation

Les résultats de l'enquête HID montrent que : **« Les professions les moins qualifiées sont les plus concernées par des problèmes de santé chroniques qui touchent plus d'un ouvrier sur trois, plus d'un agriculteur, artisan, commerçant ou employé sur quatre et environ un cadre sur cinq.** Ces problèmes entraînent plus fréquemment des limitations au travail pour les ouvriers (58 % contre 33 % chez les cadres) et sont plus souvent attribués à des accidents ou maladies liées à leur profession par les agriculteurs (30 %) et les ouvriers (27 %) que pour les cadres (10 %) » (Brouard et Roussel 2005).

Ainsi, pour les personnes dont le handicap est acquis, il existe une corrélation entre les plus bas niveaux de qualification et les accidents du travail, par exemple. Car les personnes qui exercent des métiers les plus exposés sont en général les moins diplômées. Ces personnes, qui possédaient déjà un faible niveau de qualification, cumuleront cet état avec une situation de handicap.

L'enquête HID a par ailleurs montré qu'une situation de handicap de « mobilité » n'altérerait pas le niveau d'études (Goillot et Mormiche 2003).

Les études dédiées à la formation professionnelle s'accordent à relever le faible niveau de formation des personnes en situation de handicap (Clarke et al. 2007, Milliard et Bremond 2009).

Les raisons de ce déficit de qualification sont complexes et il n'entre pas dans les objectifs de cette étude de les détailler. On peut toutefois rappeler quelques éléments explicatifs de cadrage.

Pour les personnes dont le handicap est inné ou acquis dans le plus jeune âge, les problèmes de santé, les temps de soins ou d'hospitalisation créent des ruptures répétées de la trajectoire scolaire (voire écarte d'une scolarisation ordinaire). Le morcellement conduit à un décrochage et un arrêt plus précoce des études.

Les conditions d'apprentissage peuvent être plus difficiles : des enseignants moins présents (enseignement à distance), des classes à plusieurs niveaux (école à l'hôpital). Ces conditions nécessitent plus d'autonomie et plus de motivation alors que les enfants et adolescents doivent parallèlement gérer leur problème de santé.

Les difficultés d'accès à la formation perdurent tout au long de la vie : en effet, la formation continue peine à inclure les personnes des plus bas niveaux, qui n'ont pas les prérequis pour prétendre à la qualification. Les personnes avec une moindre qualification ont donc peu d'occasions de bénéficier des actions de formation qui peuvent accompagner les évolutions ou les changements dans les parcours professionnels.

⁶³ Les effectifs des personnes en situation de handicap intellectuel, visuel ou auditif sont trop faibles pour être signalés dans ces résultats.

Les personnes de meilleur niveau sans reconnaissance administrative ?

Par ailleurs, l'enquête « Santé, handicap et travail », menée par l'Insee en 2007, distingue deux catégories de population en situation de handicap : les travailleurs handicapés bénéficiant d'une reconnaissance administrative ouvrant au bénéfice de l'obligation d'emploi, et les personnes sans reconnaissance administrative touchées par un problème de santé depuis plus de six mois (maladie ou accident du travail). Les résultats montrent que si la moitié des personnes ayant une reconnaissance n'ont aucun diplôme ou le BEPC pour seul diplôme, **les personnes en situation de handicap sans reconnaissance administrative ont un niveau de formation un peu plus élevé** (Nguyen et Ulrich 2008).

Il y aurait donc bien une représentation tronquée de la vision du public en situation de handicap sur le niveau d'études – souvent stigmatisé comme étant faible : une première

sous représentation est à observer au niveau des structures d'accompagnement (les personnes seraient en recherche autonome), une deuxième du fait de la non déclaration du handicap, une troisième du fait du type de handicap (le handicap psychique par exemple), qui induiraient des circuits d'accompagnement particuliers (notamment de type SAVS/Samsah).

A contrario, les personnes peu qualifiées déclareraient avec plus de « facilité » leur situation de handicap, le handicap permettant d'expliquer certains parcours atypiques. Par ailleurs, les personnes ayant moins de ressources pour rebondir mobiliseraient plus volontiers les structures et dispositifs spécialisés. La reconnaissance du handicap serait alors perçue comme un élément facilitateur pour trouver un emploi ou une échappatoire au chômage (**lire aussi partie 3**).

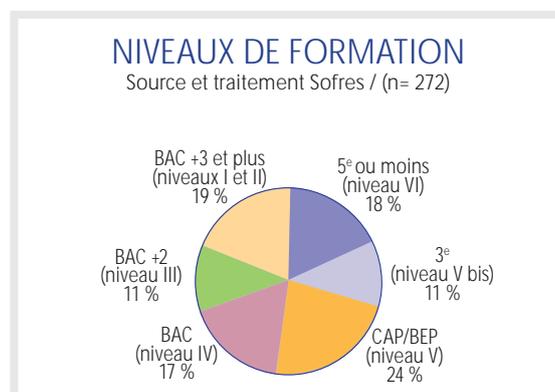
► L'enquête

Au moment de l'enquête, le niveau d'étude des 272 primo-demandeurs de RQTH se ventile comme suit :

- 30 % de personnes ont un niveau I, II ou III (bac + 2 et bac + 3 et plus)
- 17 % de personnes ont un niveau IV (bac)
- 24 % de personnes ont un niveau V (CAP/BEP)
- 29 % de personnes ont un niveau V bis ou VI (3^e et 5^e ou moins)

41 % des personnes interrogées expriment un besoin de formation, soit moins que la proportion de personnes de niveau V et moins (53 %) – ce qui

tendrait à indiquer que le niveau de formation n'est pas forcément un frein réel ou vécu comme tel.



Parmi la population de l'enquête ayant déposé une première demande de RQTH en 2008, environ la moitié (53 %) des personnes ont un niveau inférieur au bac, l'autre moitié (47 %) ayant au moins le bac et un diplôme d'études supérieures. Environ 30 % des primo-demandeurs de RQTH ne possèdent aucun diplôme ou le brevet des collèges.

On constate une forte disparité entre les personnes en situation de handicap et la population parisienne en 2006 principalement sur deux niveaux d'étude :

- le niveau V (CAP/BEP) dans lequel les personnes en situation de handicap sont sur-représentées (9 % pour la population parisienne contre 23 % des personnes en situation de handicap enquêtées),
- et les niveaux I, II ou III (bac+2 et plus) dans lesquels les personnes en situation de handicap sont très largement sous-représentées (51 % pour la population parisienne contre 30 % pour les personnes enquêtées).

Les niveaux d'étude des personnes enquêtées apparaissent comparables aux niveaux repérés

parmi d'autres publics en situation de handicap, lors de leur inscription à Pôle emploi ou à Cap emploi en 2008 à Paris.

On remarque parmi les personnes enquêtées sensiblement plus de niveaux I, II ou III que dans les dispositifs d'insertion professionnelle (30 % de personnes munies d'un diplôme égal ou supérieur à bac+2 pour les personnes enquêtées contre 24 % pour les demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et 23 % pour les usagers de Cap emploi).

Ce qui tendrait à souligner que les personnes ayant le meilleur niveau s'adresseraient moins aux structures d'insertion pour leurs démarches, et/ou **qu'elles déclareraient moins** leur situation de handicap (pour Pôle emploi notamment) – lire partie 3 portraits.

Un constat qui est à corréliser avec le poids important des personnes en situation de handicap psychique parmi les personnes les plus diplômées, comme l'enquête le montre (à nuancer cependant, voir plus loin), ce que les acteurs de l'insertion soulignent souvent par ailleurs.

NIVEAUX DE FORMATION				
	MDPH (Paris 2010) (1)	Insee (Paris 2006) (2)	Pôle emploi (Paris 2008) (3)	Cap emploi (Paris 2008) (4)
Niveaux I II ou III	30 %	51 %	24 %	23 %
Niveau IV	17 %	15 %	19 %	21,5 %
Niveau V	24 %	9 %	28 %	29,5 %
Niveau V bis ou VI	29 %	25 %	30 %	26 %

(1) Source et traitements Sofres

(2) Insee, RP2006 exploitation principale. Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus selon le sexe (2006)

(3) Données Pôle emploi. Stock des demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM 1, 2, 3). Décembre 2008

(4) Rapport d'activité des structures Cap emploi 2008

À travers l'enquête, on peut constater que les femmes sont légèrement moins diplômées (47 %) que les hommes (53 %). Cependant, cette différence n'est pas répartie de façon égale. On remarque plus de femmes dans les plus bas niveaux : 62 % de femmes et 38 % d'hommes ont un niveau inférieur à la classe de cinquième (niveau VI). Cette tendance est inversée à partir du CAP/BEP jusqu'aux plus hauts niveaux, où les hommes sont en nombre supérieur : 37 % de femmes et 63 % d'hommes ont un niveau supérieur ou égal à bac+3 (niveau I).

Cette différence est comparable à ce qui se repère dans la population générale parisienne⁶⁴. Il existe une corrélation entre niveau d'études et type de déficience.

Les personnes en situation de handicap psychique se répartissent entre un haut niveau de qualification (31 % de personnes ont un niveau bac+3 et plus) et un niveau CAP/BEP (34 % des personnes). Globalement, elles ont un niveau plus élevé que l'ensemble des personnes enquêtées (absence de niveau VI, très faible niveau V bis).

On retrouve probablement dans ces deux

groupes de personnes les conséquences du handicap psychique qui advient à différents âges de la vie. Pour une partie des personnes, comme l'a déjà montré l'enquête HID (Goillot et Mormiche 2003), le handicap psychique freine l'accès aux études et a un effet réducteur sur l'éducation.

Pour l'autre partie des personnes, le handicap psychique a pu advenir après le temps des études (schizophrénie au début de l'âge adulte, par exemple) et ne pas perturber la scolarité.

Les personnes atteintes de troubles de santé invalidants ou les personnes en situation de handicap moteur se ventilent dans tous les niveaux de formation. Il n'y a pas de différence significative concernant un niveau de formation particulier. La répartition homogène peut refléter la diversité des parcours des personnes.

Parmi la population enquêtée concernée par une situation de handicap moteur ou un trouble de santé invalidant, l'écart reste toutefois important (28 % et 32 % de niveaux I, II ou III ; 19 % et 22 % de niveau V) avec le niveau d'études de l'ensemble de la population parisienne (51 % de niveaux I, II ou III ; 9 % de niveau V).

NIVEAUX DE FORMATION SELON LE TYPE DE HANDICAP				
	MDPH (Paris 2010) (1) Handicap moteur	MDPH (Paris 2010) (1) Trouble de santé invalidant	MDPH (Paris 2010) (1) Handicap psychique	Insee (Paris 2006) (2)
Niveaux I II ou III	28 %	32 %	50 %	51 %
Niveau IV	19 %	15 %	6 %	15 %
Niveau V	19 %	22 %	34,5 %	9 %
Niveau V bis ou VI	34 %	31 %	9,5 %	25 %

(1) Source Sofres – Traitements Prachthis

(2) Insee, RP2006 exploitation principale. Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus selon le sexe (2006)

⁶⁴ Source : Insee, RP2006 exploitation principale. FOR T2 - Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus selon le sexe (2006).

2.2.3. Le maintien dans l'emploi

Au sens « spécialisé » du terme, le maintien dans l'emploi consiste à trouver des solutions de reclassement – au même poste ou à un autre poste - lorsqu'il y a risque d'inaptitude pour raison de santé et/ou de handicap.

« Dans cet esprit, le maintien dans l'emploi vise à traiter, par tous les moyens (mise en relation d'acteurs, études, aménagements, actions de bilans et de formation...) et le plus tôt possible, les situations de santé ou de handicap susceptibles de faire peser un risque pour l'emploi.

Le maintien dans l'emploi constitue en ce sens le complément nécessaire des activités d'insertion professionnelle des personnes handicapées en recherche d'emploi. » (Clainchard, 2005).

Pour la majorité des personnes, cependant, la question du maintien peut prendre un sens plus large, y compris celui du maintien dans une dynamique professionnelle (y compris en passant par la perte de l'emploi). Cette notion est donc largement interprétée dans la présente étude...

► L'enquête

Les 272 personnes enquêtées expriment un besoin d'aide au maintien dans l'emploi à hauteur de 11 %, mais indirectement également par un besoin de reclassement (38 %) et un besoin d'adaptation du poste de travail (26 %).

Les besoins repérés par les personnes enquêtées concernant le maintien semblent assez conséquents. Il est toutefois assez malaisé d'identifier comment ce besoin est retranscrit dans la demande adressée à la MDPH. En effet, si le formulaire de demande propose les choix relatifs à l'orientation vers la formation, vers le milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée) ou vers le milieu protégé (Esat), aucun choix n'est proposé en clair pour le maintien dans l'emploi.

Dans l'enquête, il n'existe pas de différence de genre parmi les personnes qui souhaitent une aide liée au maintien dans l'emploi (globalement 49 % de femmes et 51 % d'hommes). On remarque toutefois une demande plus féminine (54 %) pour les besoins d'aménagements de postes de travail.

Les personnes qui formulent une demande de maintien dans l'emploi (maintien, reclassement et adaptation du poste de travail) sont en moyenne

un peu plus âgées (79 % ont plus de 35 ans) que l'ensemble des personnes en situation de handicap enquêtées (74 %).

La MDPH de Paris se caractérise par le faible nombre de décisions de maintien en entreprise (1 % des premières orientations, soit moins de 20 personnes pour l'année 2008, 12 % de l'ensemble), contrairement à la moyenne de la région Île-de-France qui s'élève à 25 %.

À titre d'illustration en 2006, plus d'un millier de salariés parisiens étaient licenciés pour cause d'inaptitude, soit 21 % des licenciements pour inaptitude de la région.

En 2008, le service social de la Cramif suivait 1600 assurés sociaux parisiens au titre de la prévention de la désinsertion professionnelle, dont 400 au titre du maintien dans l'emploi.

Et en 2009, alors que le Sameth parisien ouvrait près de 400 nouveaux dossiers de maintien (ingénierie ou facilitation), 13 % des dossiers ouverts étaient signalés par la MDPH en 2008.

Comme les témoignages le soulignent en partie 3, cette question du maintien reste très importante, d'autant plus que même informés de l'existence du Sameth, les salariés concernés hésitent encore à prendre contact avec lui.

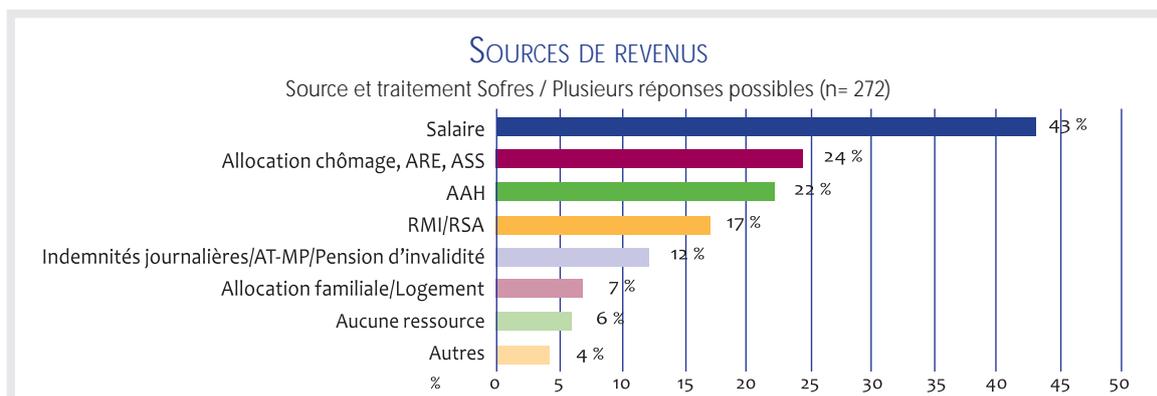
2.2.4. Les ressources

► L'enquête

56 % des 272 personnes enquêtées expriment un besoin de complément de ressources. Seulement 43 % des personnes perçoivent un revenu provenant d'un salaire⁶⁵. Les autres sources de revenus se répartissent entre allocations et indemnités. 6 % des personnes ne disposent d'aucune ressource.

Au moment de l'enquête...

- 43 % des personnes déclarent percevoir un salaire⁶⁶
- 34 % des personnes touchent une allocation ou une indemnité en lien avec la situation de handicap ou de maladie
- 24 % des personnes perçoivent une allocation en lien avec le chômage
- 17 % des personnes touchent un revenu en lien avec la situation sociale
- 7 % des personnes perçoivent un revenu en lien avec la situation sociale et familiale (allocations familiales, allocations logement)



Il n'apparaît pas de différences significatives entre les femmes et les hommes sur l'origine des ressources.

Il existe en revanche des différences selon le type de handicap de la personne.

Pour les personnes qui perçoivent un revenu en lien avec l'emploi (salaire ou retraite), on remarque davantage de personnes avec un trouble de santé invalidant (33 %), devant les personnes en situation de handicap moteur (26 %), et les personnes en situation de handicap psychique (15 %).

A contrario, les personnes en situation de handicap psychique (38 %) perçoivent le plus

souvent une allocation ou une rente en lien avec l'état de santé (AAH, indemnités journalières de l'assurance maladie, pension d'invalidité, rente accident du travail/maladie professionnelle), devant les personnes atteintes de trouble de santé invalidant (20 %) et les personnes en situation de handicap moteur (16 %).

31 % des personnes avec trouble de santé invalidant perçoivent un revenu en lien avec le chômage (Assedic, allocation de retour à l'emploi, allocation de solidarité spécifique) ou avec la situation sociale (RMI/RSA), devant les personnes en situation de handicap moteur (26 %) et les personnes en situation de handicap psychique (19 %).

⁶⁵ Certaines personnes en formation, en arrêt maladie ou en recherche d'emploi déclarent percevoir un salaire. C'est pourquoi les personnes déclarant percevoir un salaire sont plus nombreuses que les personnes se déclarant en emploi.

⁶⁶ On peut observer des décalages dans les pourcentages par rapport aux personnes en emploi, ce qui laisse supposer une marge d'interprétation également, de la part des personnes, à la fois de leur situation vis-à-vis de l'emploi comme de leurs ressources.

ZOOM SUR L'AAH ET LE RMI/RSA

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) a pour objectif de garantir un minimum de ressources aux personnes reconnues handicapées. Elle est attribuée par la CDAPH de la MDPH sous conditions de taux d'incapacité, d'âge, de nationalité, de résidence et de ressources.

Selon les études de la Drees, les personnes qui obtiennent l'AAH⁶⁷ sont âgées en moyenne de 45 ans, et sont majoritairement en situation de handicap moteur (29 %) ou psychique (25 %).

Les personnes dont le handicap est inné sont le plus souvent en situation de handicap intellectuel (13 %) (Demoly 2008). On remarque une sur-représentation de personnes en situation de handicap intellectuel parmi les demandeurs de l'AAH, comparativement aux autres allocations ou rentes liées aux situations de handicap (Chanut et Michaudon 2004)⁶⁸.

Les personnes ayant demandé une AAH sont peu diplômées : 57 % sont sorties du système éducatif sans diplôme. Lorsque les personnes travaillent, elles occupent principalement des postes d'ouvriers pour les hommes (50 %) ou d'employés pour les femmes (71 %). « Les raisons de santé sont la principale raison pour laquelle les personnes ne travaillent plus » (Demoly 2008). Un tiers des allocataires ne travaille pas ou n'a jamais travaillé, et un bénéficiaire sur trois est logé par sa famille ou des amis (Chanut et Michaudon 2004).

Le revenu minimum d'insertion (RMI) puis revenu de solidarité active (RSA) depuis juin 2009 vise à assurer un minimum social aux bénéficiaires. Il est attribué sous conditions de ressources, d'âge et de résidence. La demande est effectuée le plus souvent au centre communal d'action sociale.

Fin 2005, la majorité des bénéficiaires se composent d'hommes seuls (50 % à Paris), de familles monoparentales (14 % à Paris). Plus des trois-quarts des allocataires parisiens vivent seuls. Les couples avec enfants représentent pour leur part 14 % et ceux sans enfant environ 4 % (en moyenne nationale). Les bénéficiaires du RMI sont relativement jeunes : 20 % de 50 ans et plus (Anguis 2007).

⁶⁷ Etude de la DREES portant sur 330 000 personnes avant eu une décision relative à l'AAH entre 2005 et 2006 4 500 personnes ont été enquêtées

⁶⁸ Enquête DREES en 2003 auprès de 5 000 bénéficiaires de minima sociaux.

Parmi les 272 personnes enquêtées, deux catégories de personnes sont plus directement bénéficiaires de minima sociaux : les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés ou de la prestation de compensation (pour les prestations « handicap ») et celles qui perçoivent le RMI/RSA (pour les prestations « sociales »). Ces bénéficiaires ont un profil sensiblement différent...

Dans l'enquête, l'analyse du profil des personnes enquêtées percevant l'AAH (22 % soit 58 personnes) est comparable aux descriptions rencontrées dans les études.

Dans l'enquête, 46 personnes (17 %) perçoivent le RMI ou le RSA. Parmi ces personnes, 21 d'entre elles ont effectué conjointement à la demande

de RQTH une demande d'AAH. Ces personnes paraissent donc en attente de passer d'un minima social à un autre, légèrement plus avantageux que le dispositif RMI/RSA. Elles s'insèreraient alors dans un dispositif « handicap » après un temps nécessaire d'acceptation ou lorsque le dispositif RMI/RSA s'est avéré insuffisant pour permettre l'accès à l'insertion.

31 bénéficiaires du RMI/RSA sont accompagnés par un professionnel dans leurs démarches. Il convient de remarquer que ces personnes sont en majorité accompagnées par des professionnels « sociaux », qui sont plus couramment les interlocuteurs pour des orientations vers le RMI/RSA (seules cinq personnes sont suivies par la structure Cap emploi).

Principales différences entre les bénéficiaires de l'AAH et du RMI/RSA dans l'enquête :

LES BÉNÉFICIAIRES DE L'AAH	LES BÉNÉFICIAIRES DU RMI/RSA
21 % ont plus de 50 ans	40 % ont plus de 50 ans
16 % de personnes mariées	24 % de personnes mariées
Handicap moteur (25 %) Handicap psychique (24 %) Handicap intellectuel (21 %)	Handicap moteur (50 %) Handicap psychique (12 %) Handicap intellectuel (7 %)
51 % de diplôme égal ou supérieur au bac	41 % de diplôme égal ou supérieur au bac
50 % de logements à titre gracieux	24 % de logements à titre gracieux
26 % touchent un salaire 5 % perçoivent des allocations familiales ou logement	11 % touchent un salaire 18 % perçoivent des allocations familiales ou logement

Si l'on considère les seules différences entre les personnes qui perçoivent l'AAH et celles qui touchent le RMI/RSA, celles-ci se distinguent sur des critères d'âge, de situation matrimoniale, de type de handicap, de mode de logement et de sources de revenus. Les personnes ne présentent donc pas les mêmes caractéristiques, qui sont le reflet de parcours différents.

Globalement, les personnes bénéficiaires de l'AAH sont plus jeunes, davantage célibataires, en situation de handicap

intellectuel ou psychique (moins de personnes en situation de handicap moteur), plus diplômées, plus souvent hébergées à titre gracieux, et ont une partie de leurs ressources qui provient d'un salaire et moins d'autres allocations (telles que allocations familiales ou allocations logement).

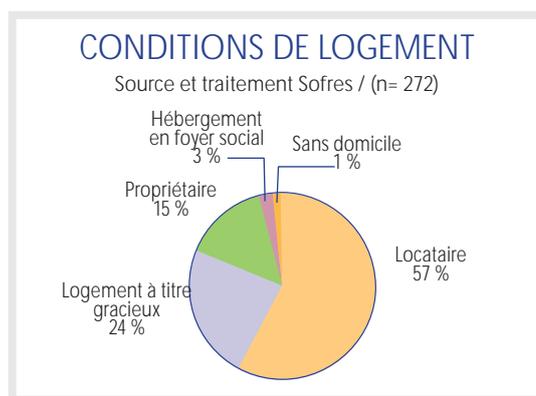
Le profil des personnes percevant le RMI/RSA varie sur l'âge et la situation familiale, les personnes recourant aux prestations de la MDPH étant plus âgées que le reste des bénéficiaires et plus souvent en couple.

2.2.5. Le logement

► L'enquête

44 % des personnes enquêtées expriment un besoin d'aide au logement.
 Au moment de l'enquête, sur les 272 personnes ayant fait une demande de RQTH en 2008 :

- 57 % sont locataires de leur logement,
- 24 % sont hébergées à titre gracieux,
- 15 % sont propriétaires,
- 3 % sont hébergés en foyer social,
- 1 % déclarent être sans domicile.



Si les conditions d'habitation diffèrent modérément entre les personnes en situation de handicap enquêtées et l'ensemble des Parisiens locataires, on remarque en revanche une différence plus marquée pour les propriétaires et les personnes logées à titre gracieux. Un quart des personnes sont hébergées gratuitement⁶⁹. Le nombre de propriétaires est sous-représenté parmi les personnes en situation de handicap

(15 % contre 33 % pour l'ensemble des Parisiens), alors que le nombre de personnes hébergées à titre gracieux est sur-représenté pour les personnes en situation de handicap (24 % contre 6 % pour le tout public parisien).

Les personnes en situation de handicap semblent donc désavantagées par rapport à l'ensemble des personnes résidant à Paris.

CONDITIONS DE LOGEMENT		
	Enquête MDPH (Paris 2010) (1)	Insee (Paris 2006) (2)
Propriétaire	15 %	33 %
Locataire	57 %	61 %
dont d'un logement HLM loué vide		16 %
Hébergement à titre gracieux	24 %	6 %

(1) Source et traitement Sofres

(2) Insee, RP1999 et RP2006 exploitations principales. LOG T7 - Résidences principales selon le statut d'occupation (2006).

⁶⁹ Les personnes peuvent être hébergées par leur famille ou par des amis.

2.2.6. L'accompagnement médico-social

► L'enquête

29 % des personnes enquêtées (77) déclarent un besoin d'accompagnement médico-social.

Peu de personnes ont exprimé conjointement une demande liée aux ressources : 25 personnes ont déposé une demande d'AAH et une personne est bénéficiaire du RMI/RSA. On peut donc noter que le besoin d'accompagnement médico-social n'est pas corrélé avec un besoin de minima social.

Parmi les personnes enquêtées souhaitant un accompagnement médico-social, on retrouve légèrement plus de femmes (51 % contre 47 % pour l'ensemble des personnes enquêtées) que d'hommes (49 %).

On constate également un écart sur la nationalité pour cette population (+8 points pour les

personnes de nationalité européenne ou extra communautaire). Un accès aux services moins aisé ou une information plus difficile à collecter pour des personnes de nationalité étrangère pourrait expliquer en partie ce besoin d'accompagnement médico-social⁷⁰.

En revanche, il n'apparaît pas de différences significatives selon le type de handicap de la personne.

On remarque plus globalement que la notion d'accompagnement, avec ses nuances – social, médico-social, sanitaire, professionnel... - fait l'objet d'interprétations diverses de la part des enquêtés (voir aussi en synthèse). Le besoin d'accompagnement ressort en tous les cas très fortement de l'enquête.

■ 2.3. LE DEVENIR DES PERSONNES APRÈS LA RECONNAISSANCE

Le dernier volet de l'enquête s'est intéressé à l'usage qu'avaient fait les personnes de la RQTH après l'avoir obtenue, au regard de ce qu'elles en attendaient au moment de leur demande. Il interroge également les changements survenus durant l'instruction de la demande, à savoir au moment de la décision puis en moyenne un an après.

2.3.1. Origine et attendus de la reconnaissance

La demande de RQTH s'effectue via un formulaire adressé à la MDPH.

La demande peut donc être initiée par la personne en situation de handicap elle-même, un professionnel ou toute autre personne.

L'enquête auprès des 272 personnes permet de mieux connaître qui est à l'origine de la demande

de RQTH.

La demande de RQTH est bien entendu en lien avec un besoin, ou une attente particulière. Ces attentes sont de nature variée, parfois très proches d'un objectif professionnel, parfois relativement éloignées de cette finalité...

L'origine de la demande de RQTH

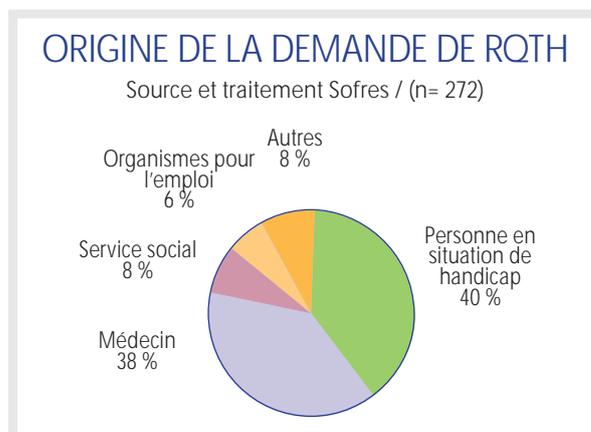
Parmi les 272 personnes enquêtées, la demande de RQTH est en premier lieu à l'initiative de la personne (40 %). Il n'est pas possible de savoir si la demande individuelle a été au préalable

discutée avec un professionnel ou une autre personne proche de la personne en situation de handicap.

⁷⁰ A nuancer cependant car si l'enquête différencie la question de l'accompagnement social et de l'accompagnement médico-social, ce dernier peut être diversement interprété par les personnes.

Pour 38 % des personnes, la demande de RQTH est à l'initiative (ou sur proposition) d'un médecin :

- 23 % des demandes sont effectuées par le médecin traitant,
- 13 % par le médecin du travail,
- 3 % par un médecin-conseil de la sécurité sociale ou un autre médecin.



Les médecins, et en particulier les médecins traitants, sont donc les premiers professionnels à initier des demandes de RQTH pour leurs patients. La proximité des personnes avec ce professionnel, perçu comme un proche (sphère privée) plutôt qu'en lien avec l'environnement de travail, le suivi régulier des patients et donc une meilleure connaissance de leur état de santé, sont autant de facteurs d'implication des médecins traitants dans les demandes de RQTH.

On peut remarquer le peu d'intervention des médecins du travail (pour 29 % de personnes en emploi), qui semblent pourtant les premiers professionnels à l'écoute des difficultés de santé des salariés via les visites de la médecine du travail.

Il est possible que les personnes ignorent qu'elles peuvent avoir un rendez-vous à leur convenance avec le médecin du travail si elles rencontrent un problème de santé. Il est aussi possible que le médecin du travail soit perçu comme un « allié » de l'employeur, et qu'il y ait des craintes quant à la confidentialité de la visite, ce qui dans certains cas peut entraver le dialogue ou les questions.

Les demandes effectuées à l'initiative d'un service social sont le fruit des SAVS et Samsah (8 %). Il est surprenant de repérer le nombre important de demandes via ces services car le nombre de personnes orientées vers les SAVS

et Samsah paraît particulièrement restreint : 188 personnes orientées vers un SAVS et 15 personnes vers un Samsah pour l'année 2008 selon la base ITAC.

Les orientations vers ces services sont à garder comme point de vigilance pour les années à venir, afin d'analyser comment évoluent les demandes et les orientations.

A contrario, il est étonnant de constater qu'aucune des personnes enquêtées ne mentionne les assistants de services sociaux, alors que les personnes en situation de handicap qui ont été interrogées en face à face citent très fréquemment un accompagnement par les travailleurs sociaux (*lire partie 3*). Peut-être les assistants de services sociaux sont-ils plus fréquemment sollicités pour des démarches sociales de type RMI/RSA et moins dans des demandes relatives à la situation de handicap/insertion professionnelle ?

Les personnes interviewées ne citent pas leur employeur comme ayant pu être à l'initiative de la RQTH, ce qui correspond à l'idée de confidentialité associée aux démarches à la MDPH.

Il n'apparaît pas de corrélation particulière entre le handicap de la personne et l'origine de la demande.

Les demandes individuelles sont initiées par les personnes en situation de handicap moteur (37 %), handicap psychique (39 %) ou avec des troubles de santé invalidants (41 %).

Ainsi, les personnes en situation de handicap psychique, qui auraient pu sembler moins autonomes pour initier des démarches administratives, le sont autant que l'ensemble des personnes en situation de handicap.

Les demandes initiées par le corps médical (médecin traitant, médecin du travail ou médecin conseil) varient de 30 % pour les personnes en situation de handicap psychique, à 35 % pour les personnes avec des troubles de santé invalidant et 38 % pour les personnes en situation de handicap moteur.

Les médecins du travail sont pour 16 % à l'origine de la demande pour les personnes en situation de handicap moteur et pour 9 % à l'origine de la demande pour les personnes avec un trouble de santé invalidant⁷¹.

De façon générale, les personnes en emploi sont un peu plus souvent à l'origine de la demande (45 %) que les personnes au chômage (35 %) ou inactives (31 %). Il n'est pas possible à travers cette enquête de savoir si cette différence s'explique par un accompagnement plus fréquent des personnes sans emploi (l'origine de la demande émanant alors d'un professionnel) ou d'une meilleure

connaissance des dispositifs par les personnes en emploi. En effet, les dispositifs peuvent être connus en entreprise notamment via la DOETH (déclaration annuelle obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés), avec parfois pour corollaire une invitation des employeurs à ce que les personnes fassent état de leur situation de handicap et demandent une reconnaissance - RQTH.

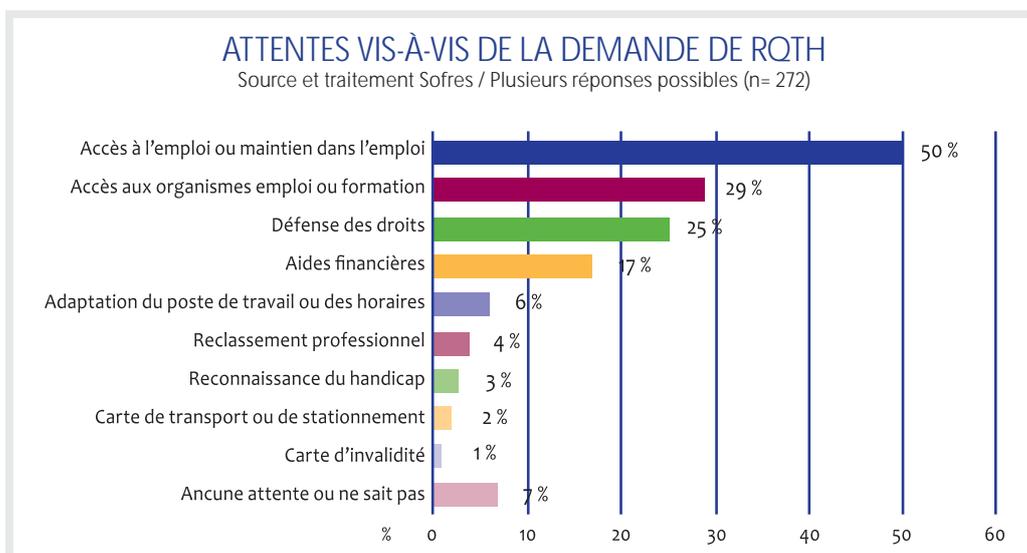
Les personnes faisant leur demande seules expriment peu ou prou le même nombre de besoins à la MDPH (RQTH seule 56 % ; deux demandes 21 % ; trois demandes 16 %) que les demandes formulées via les médecins traitants.

De même, les demandes émanant d'autres médecins ne sont pas seulement axées sur la seule RQTH (RQTH seule 50 %) mais sont également diversifiées (deux demandes 25 % ; trois demandes 13 %). Les autres médecins formulent donc des demandes conjointes dans les mêmes proportions que les médecins traitants.

On constate cependant un écart plus important concernant les médecins du travail, qui sont plus ciblés sur la seule RQTH (RQTH seule 68 %) et formulent moins de demandes conjointes (deux demandes 15 % ; trois demandes 9 %).

Les attentes envers la demande de RQTH

La demande de RQTH est le plus souvent corrélée à des difficultés rencontrées dans l'emploi. Ces difficultés peuvent être de natures diverses, liées à l'état de santé, aux conditions de travail ou aux relations dans le travail.



⁷¹ Les personnes en situation de handicap psychique ne sont pas représentées car elles sont très peu en emploi lors de l'enquête (seules 4 personnes sont en emploi).

Les attentes envers la demande de RQTH

La demande de RQTH est le plus souvent corrélée à des difficultés rencontrées dans l'emploi. Ces difficultés peuvent être de natures diverses, liées à l'état de santé, aux conditions de travail ou aux relations dans le travail.

Les 272 personnes interrogées citent les difficultés suivantes :

- Difficultés d'ordre physique (membres supérieurs, membres inférieurs...)
- Douleurs
- Mal de dos
- Fatigue
- Vertiges, nausées, malaises
- Mobilité et déplacements (marcher, monter un escalier...)
- Station debout pénible
- Port de charge interdit
- Manutention difficile
- Conditions de travail (froid, bruit...)
- Horaires
- Relations conflictuelles avec l'employeur
- Relations conflictuelles avec les collègues

On constate un lien entre le type de handicap et les types de difficultés principalement pour le handicap moteur et les troubles de santé invalidant (problèmes physiques - membres supérieurs, membres inférieurs, dos...), des difficultés de déplacement ou de manutention...). Les personnes en situation de handicap psychique, par contre, n'ont pas de difficultés caractéristiques. Elles ne mettent pas spécifiquement en avant des relations conflictuelles avec l'employeur ou les collègues, par exemple.

La demande de RQTH est donc faite en réponse à des états de santé fragilisés ou des conditions de travail altérées.

Elle est imaginée comme une réponse possible pour sortir d'une situation problématique. C'est pourquoi les attentes vis-à-vis de la RQTH sont variées et dépassent parfois largement le strict cadre professionnel.

Dans la majorité des cas, il n'existe pas de confusion entre les attentes vis-à-vis de la RQTH et les actions que permet ce statut. L'accès à l'emploi ou le maintien dans l'emploi (50 %) sont bien la première raison citée pour demander la RQTH.

La première des attentes des personnes en emploi concerne le maintien : 25 % des personnes en emploi souhaitent « augmenter les chances de se maintenir dans l'emploi ».

De même, 38 % des personnes en recherche

d'emploi déclarent attendre de la RQTH d'« augmenter les chances d'accéder à un emploi ».

L'une des principales fonctions de la RQTH a donc été bien identifiée par les personnes en emploi ou en recherche d'emploi.

D'autres attentes en revanche semblent plus éloignées des possibilités offertes par la RQTH. Ainsi, l'attribution d'aides financières, d'un logement, d'une carte de transport ou d'invalidité ne dépendent pas de l'obtention de la RQTH, mais sont soumises à d'autres demandes auprès de la MDPH.

Globalement, les personnes au chômage ou inactives formulent des attentes plus diversifiées et parfois « décalées » à propos de la RQTH : des aides financières, des mesures de protection, mais également un logement. Elles peuvent exprimer une attente qui ne concorde pas avec leur situation face à l'emploi : elles souhaitent alors obtenir un reclassement, des adaptations de postes de travail ou d'horaires...

Les personnes ayant fait plusieurs demandes peuvent également avoir confondu les attentes et les objectifs de leurs différentes demandes.

Ainsi, 12 personnes (4 %) ne savent pas ce qu'elles attendent de leur demande de RQTH ou n'en attendent rien. On remarque que huit de ces demandes ont été initiées par un tiers, peut-être sans que la personne ne soit véritablement impliquée ou au courant des conséquences de sa demande.

2.3.2. Le devenir des personnes selon leurs situations

Si pour 46 % des personnes, aucun changement n'est survenu entre la demande de RQTH et la notification, **pour plus d'une sur deux, l'enquête révèle que des changements sont intervenus dans la situation professionnelle (53 %) entre le moment de la demande de RQTH et la réception de la notification.**

On peut remarquer la rapidité des changements dans la situation des personnes, avec une notification communiquée de 4 à 8 mois en moyenne après le dépôt de la demande.

Les changements interviennent dans les domaines :

- de la santé (30 %),
- des revenus (29 %),
- de la situation professionnelle (19 %),
- de la situation familiale (9 %),
- du logement (5 %).

Bien sur il n'est pas possible de déterminer ici le sens du changement. Si des situations se dégradent (une pathologie évoluée, des indemnités chômage arrivent à échéance...), certaines situations peuvent au contraire s'améliorer avec un meilleur état de santé ou la reprise d'une activité, par exemple.

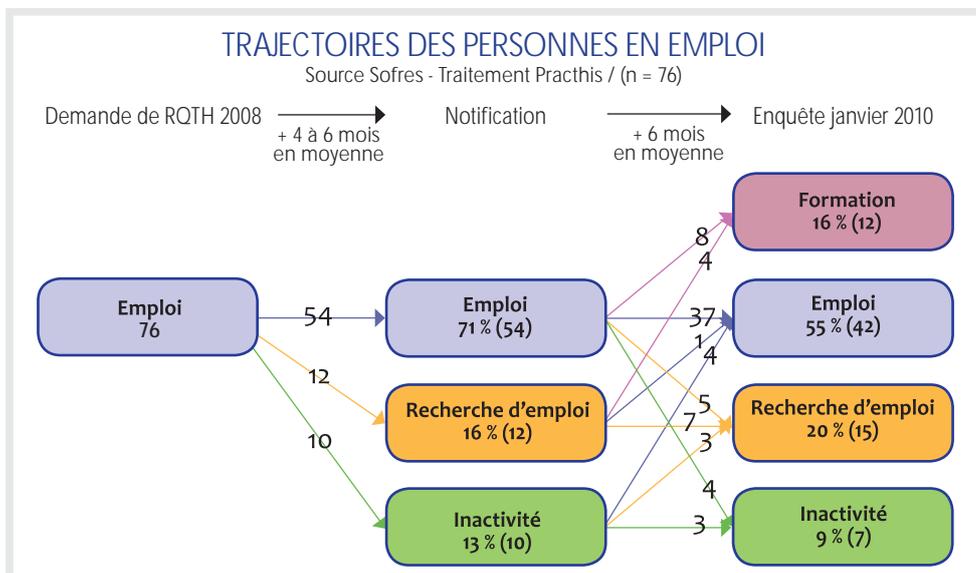
Quel que soit le sens du changement, il apparaît cependant qu'il n'est pas connu

des services de la MDPH ou de la CDAPH au moment où la notification est communiquée à la personne en situation de handicap.

Pour la moitié des personnes dont la situation a changé, il peut y avoir de fait une distorsion entre la demande initiale et ce qui est préconisé dans la notification. Ainsi, la décision n'est parfois plus en corrélation avec la situation de la personne.

Trajectoires des personnes en emploi

Parmi les 272 personnes enquêtées, 28 % (76) sont en emploi lors de la demande de RQTH.



Pour les personnes en emploi, globalement la situation se dégrade entre la demande de RQTH et le moment de l'enquête : 71 % des personnes sont encore en emploi 4 à 8 mois plus tard, et 55 % après 6 mois supplémentaires.

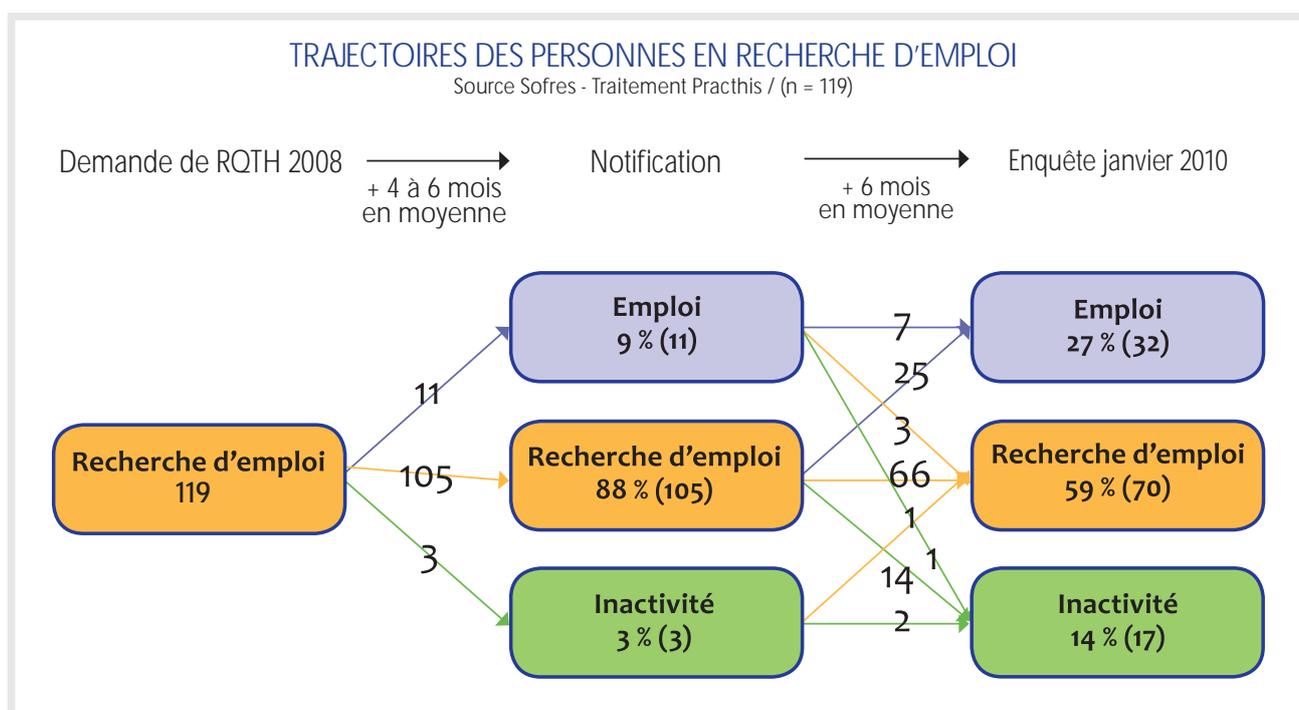
Presque une personne sur deux a donc perdu son emploi en un peu plus d'une année. Pour ces personnes, l'obtention de la RQTH ne semble pas avoir d'effet bénéfique sur l'emploi, mais il est difficile de mesurer le nombre de personnes

(supplémentaires) qui auraient perdu leur emploi sans ce statut.

20 % des personnes qui étaient en emploi au moment de la demande de RQTH apparaissent en recherche d'emploi au moment de l'enquête. Pour la moitié d'entre elles, la RQTH a permis de rebondir sur un emploi ou sur une formation, l'autre moitié en revanche n'a pas vu sa situation s'améliorer après l'obtention de la RQTH.

Trajectoires des personnes en recherche d'emploi

44 % (119) des 272 personnes enquêtées sont en recherche d'emploi lors de la demande de RQTH.



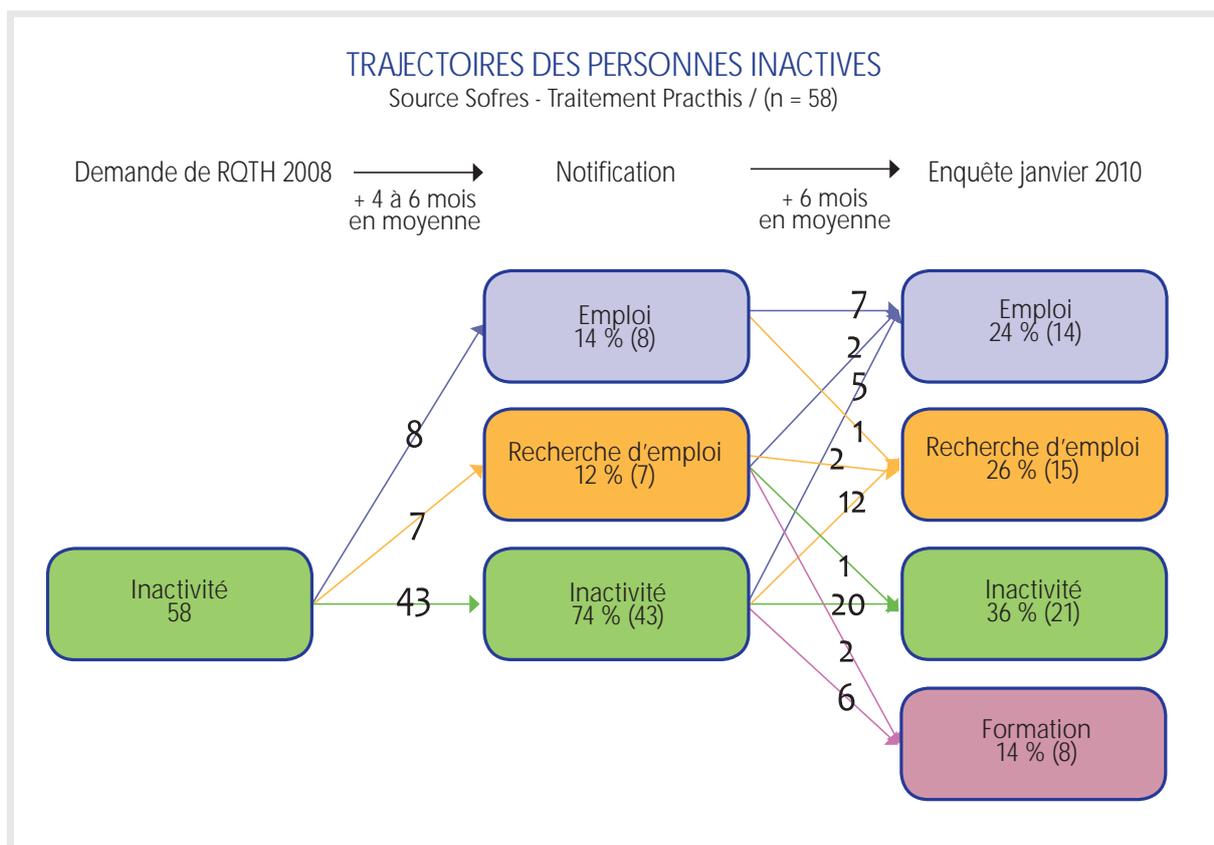
Les personnes en recherche d'emploi restent le plus souvent au chômage entre la demande de RQTH et la notification (88 % des personnes n'ont pas de changement dans leur situation). Alors qu'il existe un changement vers la sortie du chômage après la réception de la notification : 59 % des personnes sont encore en recherche d'emploi six mois après la réception de la notification. **On peut donc penser que la RQTH a eu un effet bénéfique dans la reprise d'une activité professionnelle.**

L'effet positif de l'obtention de la RQTH est surtout perceptible pour les personnes qui passent du chômage à l'emploi (27 %). Un quart des personnes ont retrouvé un emploi avant la notification de la RQTH. Mais les trois-quarts d'entre elles ont retrouvé un emploi après la décision de la CDAPH.

Pour les personnes en recherche d'emploi, l'accès à la formation n'est pas envisagé comme une sortie du chômage.

Trajectoires des personnes inactives

21 % (58) des 272 personnes enquêtées sont inactives lors de la demande de RQTH.



Les trois-quarts des personnes restent inactives entre la demande de RQTH et la notification (74 %) alors que 36 % le sont encore après la notification de la RQTH. Il existe donc un effet fortement bénéfique de l'obtention de la RQTH pour les personnes inactives.

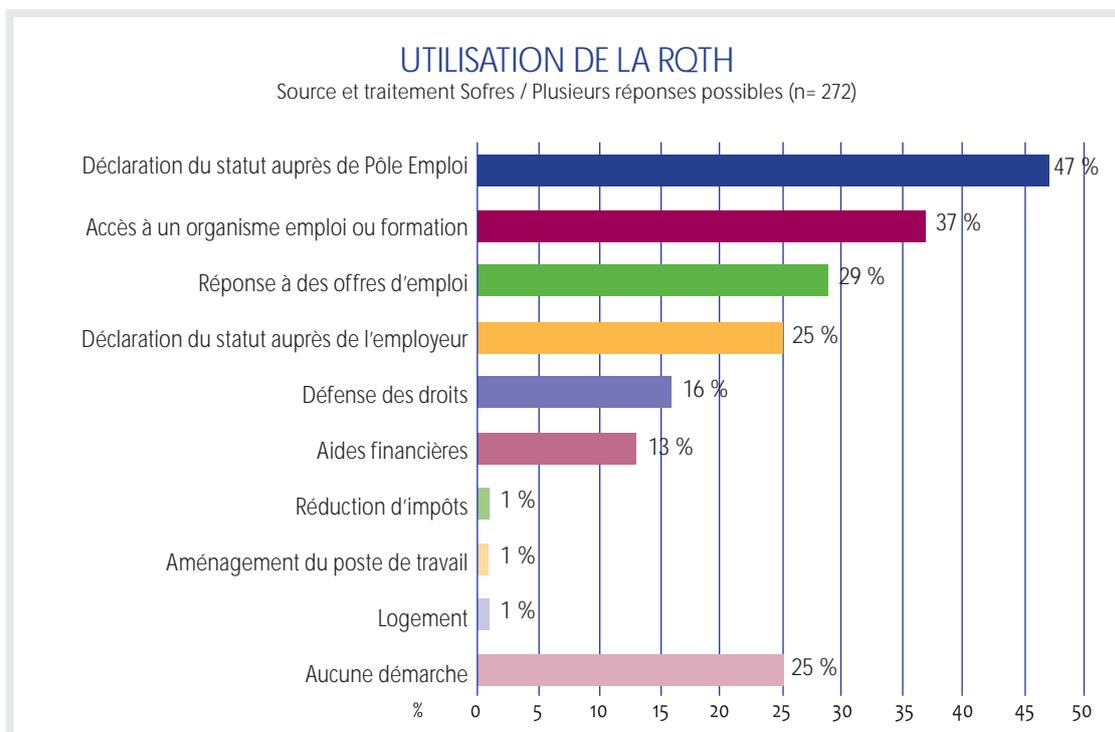
La proportion de personnes en emploi ou en recherche d'emploi augmente de façon identique avant et après la notification. On ne remarque pas ici un effet spécifique à l'obtention de la RQTH. Un quart des personnes (24 %) ont retrouvé un

travail au moment de l'enquête, et un autre quart (26 %) est en recherche d'emploi.

Pour 15 % des personnes, la formation permet de sortir de l'inactivité. On peut effectivement penser qu'un sas par une formation sera profitable à des personnes inactives, qui peuvent se trouver relativement éloignées de l'emploi. Sachant que ces personnes sont essentiellement inactives pour raisons de santé, il est aussi possible de postuler que la formation permet de combler une rupture professionnelle liée à un état de santé fragile ou altéré.

2.3.3. L'utilisation de la RQTH

Les trois-quarts des personnes interrogées (74 %) ont utilisé le statut obtenu pour accomplir une démarche.



La majorité concerne des démarches vers l'emploi (inscription auprès de Pôle emploi pour 47 % des personnes, accès à un organisme emploi ou formation pour 37 % d'entre elles).

Les personnes qui ont le plus utilisé la RQTH sont demandeurs d'emploi et en recherche d'emploi. La grande majorité des personnes en recherche d'emploi lors de l'enquête (103) ont concrétisé une démarche de recherche d'emploi en s'inscrivant à Pôle emploi.

Parmi les personnes en recherche d'emploi, 79 % (82) ont mentionné le statut de travailleur handicapé lors de leur inscription à Pôle emploi.

Il convient de s'interroger si dans le cadre de la recherche d'emploi, le statut de personne handicapée est plus facile à assumer ou non. En effet, les personnes se trouvent face à des professionnels « intermédiaires », et

non directement face à un employeur ou des collègues. Cette situation pourrait sembler plus facile et moins impliquante.

Par ailleurs, dans un contexte d'emploi tendu, les personnes au chômage peuvent souhaiter utiliser le statut de travailleur handicapé comme un plus/une aide qui leur donnerait accès à des offres d'emploi de façon un peu « privilégiée » et ainsi leur ouvrir des portes.

Parmi les personnes en emploi, 26 % (77) ont déclaré leur statut à leur employeur.

Bien entendu, la déclaration est facultative et il appartient à la personne en situation de handicap de faire valoir son statut ou non. Elle peut notamment déclarer un statut de travailleur handicapé sans mentionner le type de handicap, ou faire état d'un autre handicap ou d'une autre maladie qui paraît moins stigmatisante à ses yeux (lire partie 3).

ANALYSE DU DEVENIR DES BÉNÉFICIAIRES DE RQTH PAR PÔLE EMPLOI/HANDIPASS

Dans le cadre d'une convention avec la MDPH de Paris, le site spécialisé handicap de Pôle emploi, Handipass, examine la situation vis-à-vis de l'emploi de l'ensemble des personnes reconnues travailleurs handicapés depuis 2009 (primo-demandeurs et renouvellements): sont-elles connues de Pôle emploi ? Ont-elles déclaré une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ? Que deviennent-elles à 6 mois ? à un an ? Outre ces vérifications, Handipass invite en information collective ces bénéficiaires de RQTH pour leur permettre de mieux s'orienter sur le marché du travail...

Bilan 2009 :

Sur 4 479 bénéficiaires de la RQTH figurant dans les fichiers transmis par la MDPH :

- 27 % étaient inscrits à Pôle emploi, dont 10 % environ avec une RQTH déclarée. Environ 14 % étaient suivies par Handipass et 14 % également par Cap emploi en cotraitance.
- 73 % n'étaient pas inscrits à Pôle emploi, qu'ils soient en emploi ou non.
- 6 mois plus tard (18 % sont venus à une information collective), 9 % des non inscrits apparaissaient dans les fichiers Pôle emploi, et 8 % de ceux qui étaient inscrits ne l'étaient plus.

Les bénéficiaires de la RQTH

Globalement, les personnes qui ont utilisé la RQTH et qui en tirent un bénéfice estiment que le statut leur a facilité :

- la recherche ou l'obtention d'un emploi, d'une formation ou d'un stage,
- le maintien dans l'emploi (« ne pas être licencié »),
- l'obtention d'aides financières,
- l'allègement du planning ou des horaires,
- l'accès à une aide médicale et des soins,
- les aménagements de poste ou l'obtention d'aides techniques,
- les déplacements dans les transports (places réservées),
- l'obtention d'un logement.

Le statut de travailleur handicapé a également procuré :

- une reconnaissance sociale en tant que travailleur handicapé, davantage de respect de la part des employeurs ou des collègues,
- un sentiment de sécurité,
- une meilleure estime de soi,
- un sentiment de soutien dans les démarches.

Les personnes qui en retirent peu de bénéfice

Si pour les trois-quarts des personnes la RQTH a été utile, elle semble inutile pour un quart d'entre elles.

En effet, 25 % des personnes n'ont utilisé le statut pour aucune démarche. On peut s'interroger si ces personnes ont été mal orientées dès la demande, et si la demande de RQTH ne correspond pas à leur besoin.

Il peut s'agir également des personnes dont la situation a changé et pour lesquelles l'utilisation de la RQTH n'est plus d'actualité ou nécessaire. Une personne peut avoir retrouvé un emploi, par exemple, sans avoir fait état du statut de travailleur handicapé.

Au contraire, une personne peut être découragée et ne plus effectuer de démarche.

19 % des personnes en recherche d'emploi ne se sont pas inscrites à Pôle emploi après l'obtention de la RQTH. On remarque un comportement particulier de ces personnes en corrélation avec le type de handicap. En effet, les personnes en situation de handicap moteur ou avec un trouble de santé invalidant ne semblent pas avoir de difficultés à s'inscrire auprès de Pôle emploi (respectivement 93 % et 86 % d'inscriptions). Les personnes ayant à faire face à certaines problématiques telles que l'accessibilité ou l'aménagement des postes de travail sembleraient donc s'adresser plus facilement aux conseillers de Pôle emploi.

En revanche, les comportements apparaissent différents pour les personnes en situation de handicap psychique : 69 % seulement de ces dernières se manifestent auprès de Pôle emploi. Bien que les effectifs soient très petits, on peut aussi constater que l'écart est encore plus creusé lorsque les personnes sont en situation

de handicap intellectuel : trois personnes sur huit se sont inscrites à Pôle emploi.

Certes, on peut poser l'hypothèse qu'une fluctuation du trouble de santé mentale a pu différer l'inscription de la personne à Pôle emploi. Mais on peut également poser l'hypothèse d'une certaine représentation que les personnes se font de leur propre handicap et de ce qui est possible ou judicieux pour elles. Il y aurait une certaine réticence à franchir les portes de Pôle emploi pour les personnes en situation de handicap psychique ou intellectuel.

On remarque par ailleurs une moindre proportion de personnes de nationalité étrangère s'inscrivant auprès de Pôle emploi (huit personnes de nationalité étrangère contre onze personnes de nationalité française). Il n'est pas possible de savoir si parmi les personnes enquêtées la sous-inscription des personnes étrangères auprès de Pôle emploi relève d'une méconnaissance des dispositifs ou de problématiques autres.

D'autres personnes se sont inscrites auprès de Pôle emploi mais n'ont pas fait valoir leur statut de travailleur handicapé (17 %). Or dix d'entre elles souhaitent obtenir la RQTH pour avoir « la possibilité d'accéder à des organismes qui aident à trouver un emploi ou une formation ». Il existe pour ces personnes une contradiction entre le souhait formulé et la mise en œuvre à l'obtention de la RQTH.

Il n'existe enfin aucune corrélation entre les personnes qui n'ont pas mentionné leur qualité de travailleur handicapé lors de leur inscription à Pôle emploi et celles qui n'attendaient « rien de particulier » de la RQTH : seule une personne apparaît dans ce cas de figure.

Des difficultés persistantes après l'obtention de la RQTH

54 % des personnes estiment que l'obtention de la RQTH n'a pas réduit leurs difficultés. Pour certaines personnes la situation est restée

stable, et pour une minorité d'entre elles le statut a au contraire fait empirer la situation.

- Le statut n'a pas réduit les difficultés et n'a rien changé à leur situation.
- Les difficultés à trouver un emploi perdurent, les personnes n'ont pas eu de proposition d'emploi.
- Perte de salaire et problèmes financiers : la RQTH n'a pas résolu ces problèmes.
- Les personnes n'ont pas reçu d'aide (logement, soutien moral, démarches).
- Les personnes ont effectué de nombreuses démarches mais n'ont pas obtenu de réponses aux demandes : lenteur et indisponibilité administrative.
- Les personnes se sont senties livrées à elles-mêmes, sans suivi dans les dossiers.
- Le statut a créé des difficultés avec l'employeur qui ont abouti au licenciement de la personne.
- La RQTH n'a pas permis un aménagement de poste de travail.

Il convient toutefois de souligner que les personnes attendent parfois de la RQTH un résultat sans relation directe avec elle, comme celui de percevoir des aides financières, de trouver un logement, ou encore d'obtenir une carte de stationnement. Il existe donc des situations où la demande n'est

absolument pas en corrélation avec le résultat espéré et attendu, ce qui forcément pourra provoquer des déceptions en retour.

Ainsi sans surprise, les personnes qui attendaient de la RQTH une aide financière ou un logement déclarent que l'obtention du statut n'a pas réduit leurs difficultés.

58 % des personnes qui souhaitaient de la RQTH une « protection » ou une « défense des droits » pensent que le statut n'a pas réduit leurs difficultés. A contrario, 38 % des personnes estiment que le statut les a aidées dans la défense de leurs droits. On peut remarquer le nombre important de personnes qui utilisent la RQTH comme une mesure de protection (alors que le statut ne protège pas d'un licenciement, ou n'octroie pas un emploi, par exemple). Un point à rapprocher des témoignages de la partie 3...

Étonnamment, seulement 13 % des personnes qui attendaient de la RQTH d'« augmenter les chances d'accéder à un emploi ou de se maintenir dans l'emploi » déclarent que leur situation s'est améliorée. Pour 58 % d'entre elles, l'obtention du statut n'a pas réduit les difficultés.

■ 2.4. ACTEURS RELAIS ET ACCOMPAGNEMENT

- Les décisions de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) sont généralement assorties de contacts, qu'il s'agisse de suggestions ou d'une orientation à proprement parler (un CRP, un Esat...).
- Pour autant, ces contacts sont-ils suivis d'effets ? La personne en situation de handicap y donnera-t-elle suite - saura-t-elle le faire ?
- Quels liens font les personnes, enfin, entre ces contacts et leurs éventuels besoins d'accompagnement (entendu ici au sens large) ?

2.4.1. Les organismes mentionnés sur la notification

- 57 % des personnes déclarent la mention d'un organisme ou d'un service sur la notification.
- 29 % des personnes déclarent que la décision ne mentionne aucun organisme ou service.
- 14 % des personnes ne savent pas si la notification donne ou non les coordonnées d'un organisme.

Les organismes mentionnés sur les notifications ne sont pas de nature identique : certaines coordonnées donnent l'accès à des structures dans lesquelles les personnes vont être accompagnées (Pôle emploi, Cap emploi, Sameth), alors que d'autres donnent les coordonnées de structures qui peuvent accueillir directement les personnes dans le cadre d'un emploi ou d'une formation (Esat, centre de formation).

Pour presque la moitié, les notifications comportent les coordonnées d'un organisme pour l'emploi : Pôle emploi ou Cap emploi (46 %).

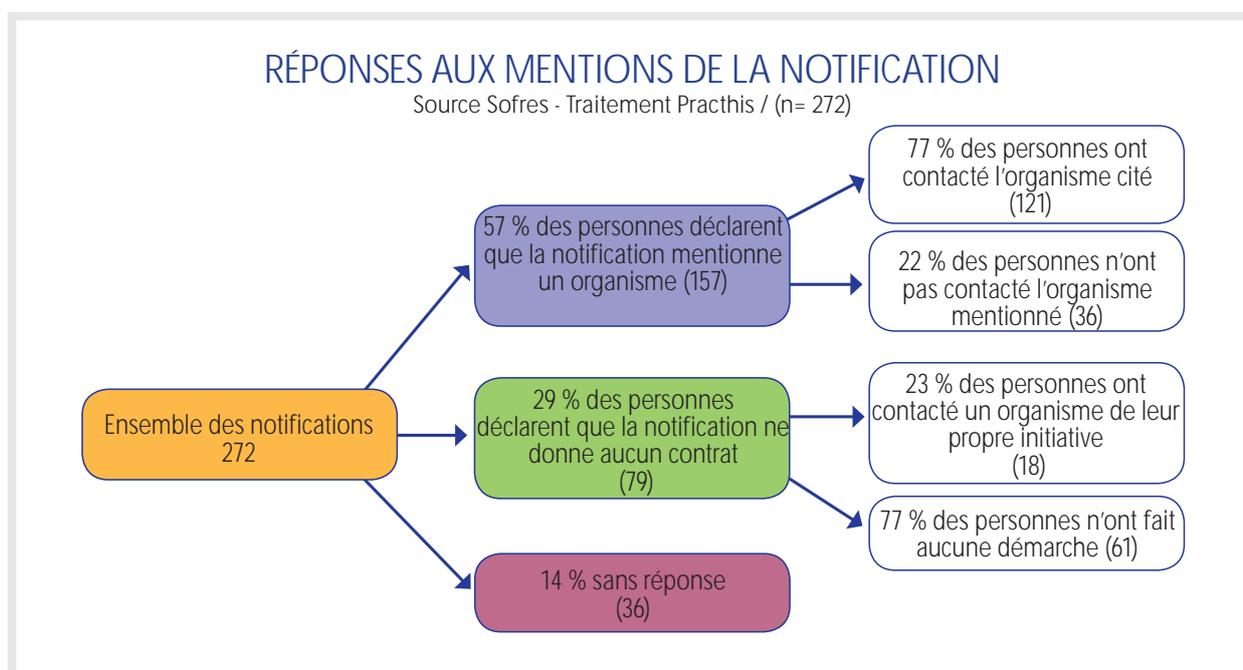
Ce sont ensuite les centres de formation qui sont le plus fréquemment cités (13 %), puis les structures de travail protégé (Esat 11 %).

Plus rarement, les notifications mentionnent un service d'aide au maintien dans l'emploi (Sameth 4 %), des coordonnées d'entreprises adaptées (3 %), ou des organismes de prestations sociales tels que la caisse de sécurité sociale ou la caisse d'allocations familiales (1 %).

Les personnes pour lesquelles la notification ne comportait a priori aucun contact sont globalement plus masculines (58 % d'hommes contre 53 % pour l'ensemble des personnes enquêtées) et plus âgées (43 % de personnes âgées de 50 ans et plus contre 33 % pour l'ensemble des personnes enquêtées) – sans que l'on puisse directement expliquer cet écart.

2.4.2. Les contacts pris suite à la notification

Il apparaît une différence de comportement selon que la notification comporte ou non la mention d'un organisme à contacter.



Les personnes qui ont répondu au contact mentionné

Les personnes qui se souviennent avoir reçu les coordonnées d'une structure à contacter (57 %) ont, pour les trois-quarts d'entre elles (77 %), suivi la sollicitation de la notification. Elles ont effectué la démarche elles-mêmes, ou dans de rares cas ont agi par l'intermédiaire d'une autre personne (un proche ou un professionnel, comme un conseiller du Pôle emploi ou du Cap emploi, par exemple).

Celles qui ont répondu au contact proposé sont plus souvent des femmes (53 % contre 47 %

pour l'ensemble des personnes enquêtées) que des hommes. Elles sont par ailleurs un peu plus jeunes que l'ensemble des personnes (27 % sont âgées de 50 ans et plus, contre 33 % pour l'ensemble des personnes enquêtées).

Les personnes en situation de handicap sont donc pour la plupart dans une démarche active vers l'emploi, démarche qu'elles concrétisent en répondant aux propositions de contact données par les services de la MDPH/CDAPH.

Les personnes qui n'ont pas répondu au contact mentionné

Certaines personnes sont cependant plus réfractaires à ces démarches, y compris lorsque la notification semblait mentionner un organisme à contacter. 22 % de ces personnes n'ont pas répondu à cette proposition et n'ont engagé aucune démarche pour contacter l'organisme cité.

Ce sont plus souvent des hommes (59 % contre 53 % pour l'ensemble des personnes enquêtées) que des femmes.

Les personnes évoquent diverses raisons qui ont entravé leur démarche de prise de contact. Ces raisons se ventilent entre empêchements « logistiques », raisons plus personnelles et absence de besoin d'accompagnement.

- Les personnes pensaient qu'un organisme allait les contacter.
- Elles n'ont pas réussi à contacter l'organisme cité.
- Elles ne savaient pas comment le contacter.
- Elles n'étaient pas disponibles pour engager les démarches à ce moment.
- Elles n'avaient pas besoin d'aide dans les démarches.
- Elles avaient déjà retrouvé un emploi.

Bien que le nombre de personnes soit faible, il semble important de s'interroger sur celles qui sont restées isolées, pensant soit que quelqu'un allait les contacter, soit par méconnaissance des modalités pour prendre contact.

On peut également poser l'hypothèse que certaines personnes éprouvent une appréhension à se lancer dans une démarche active de recherche d'emploi, par exemple, par crainte de ne pas trouver, de ne pas se sentir à la hauteur, ou d'être mal positionnées sur le marché de l'emploi (lire partie 3).

Il est possible que l'absence de prise de contact puisse également être en lien avec le handicap de la personne. On peut noter que les personnes « attentistes » sont plus souvent en situation de handicap psychique (38 % des personnes en situation de handicap psychique n'ont pas initié de démarche suite au contact proposé, contre 28 % pour les personnes en situation de handicap moteur et 14 % pour les personnes avec une maladie invalidante).

Les personnes qui ont contacté un organisme non mentionné

Parmi les 29 % de personnes qui disent n'avoir eu aucun contact à propos de leur notification, un petit nombre d'entre elles semblent particulièrement volontariste (23 %).

Il n'existe pas de corrélation entre la situation de famille et l'attitude plus volontariste de la personne. Les personnes mariées ne font pas plus d'actions pour contacter un organisme, voire en font moins, que les personnes célibataires ou divorcées. L'entourage conjugal n'apparaît pas ici comme une stimulation qui viendrait combler une moindre information des organismes.

De même, le niveau d'études ne joue pas dans l'autonomie lors de la prise de contact : les personnes plus diplômées n'ont pas davantage contacté des organismes que des personnes d'un plus faible niveau d'études.

On peut relever le souhait de ces personnes pour la recherche de contacts et la persévérance de certains à trouver des contacts non mentionnés.

Celles-ci en effet ont contacté des organismes de façon autonome, en particulier :

- un conseiller pour l'emploi (Pôle emploi ou Cap emploi),
- un centre de formation,
- un Esat,
- un organisme de prestations sociales (Caisse d'allocations familiales, Sécurité sociale...).

Par ailleurs, certaines personnes se sont adressées de nouveau à la MDPH. Le recours aux assistants de services sociaux de la MDPH est peu mentionné par les personnes enquêtées. Manifestement, leur rôle d'accompagnement tout au long de la demande et après la décision de la CDAPH semble mal identifié par les personnes en situation de handicap.

Les personnes sans contact qui n'ont effectué aucune démarche

Parmi les personnes dont la notification ne semblait pas mentionner de contact, 77 % d'entre elles n'ont pas effectué de démarche. Ces personnes sont plus souvent des hommes (58 % contre 53 % d'hommes pour l'ensemble des personnes enquêtées). Les personnes apparaissent plus âgées que la moyenne des personnes enquêtées : 51 % ont 50 ans et plus (contre 33 % pour l'ensemble des personnes enquêtées). Par contre, elles se répartissent de façon homogène dans tous les niveaux d'études.

Les raisons de ces personnes un peu plus « passives » se partagent entre raisons personnelles et raisons liées à l'isolement de la personne.

- Les personnes ne savaient pas à qui s'adresser.
- Elles n'avaient pas besoin d'aide dans les démarches.
- Elles ne souhaitaient pas engager de démarches à ce moment.
- Elles n'étaient pas disponibles pour engager des démarches.
- Elles attendaient d'être rétablies.

Il semble important de relever qu'une partie des personnes n'a pas effectué de démarches, probablement de manière involontaire, parce qu'elles semblent avoir manqué de propositions.

2.4.3. Accompagnement vers l'emploi et accompagnement social

Environ trois-quarts des personnes (74 %) se déclarent concernées par un accompagnement, contre un quart d'entre elles qui se situent en dehors de cette logique.

Les personnes qui bénéficient d'un accompagnement

Au moment de l'enquête, 30 % des personnes (83) déclarent bénéficier d'un accompagnement pour faciliter leur accès à l'emploi, à la formation, au logement ou médico-social.

Le plus souvent, l'accompagnement est assuré par un organisme dédié à l'emploi :

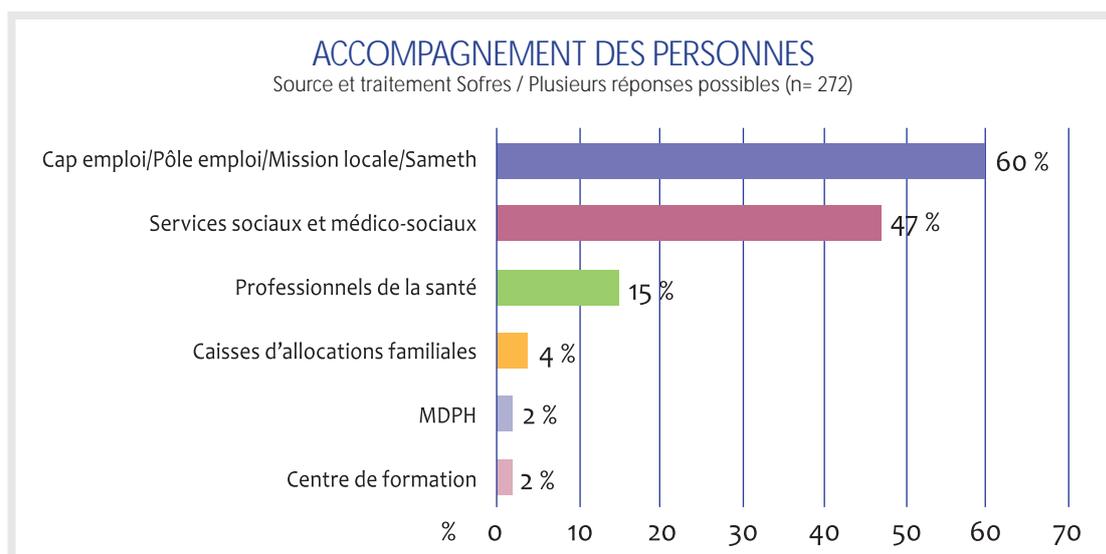
- Cap emploi 36 %
- Pôle emploi 23 %
- Mission locale 7 %
- Sameth 4 %

Les accompagnements peuvent également être assurés par des professionnels sociaux ou médico-sociaux :

- Travailleurs sociaux 38 % (dont services d'accompagnement du RSA 9 %)
- Services médico-sociaux 11 %

D'autres professionnels sont impliqués dans un rôle d'accompagnement :

- Professionnels de la santé 15 %
- Caisse d'allocations familiales 4 %
- Centre de formation 2 %
- MDPH 2 %



On peut relever la grande diversité des professionnels accompagnants qui sont cités par les personnes enquêtées. La diversité des professionnels, dans les sphères de l'emploi, du social ou du médico-social, peut refléter la diversité des situations de handicap.

Ainsi, une personne en recherche d'emploi qui accède à la MDPH via un conseiller pour l'emploi ne sera pas forcément accompagnée de la même façon qu'une personne qui accède à la MDPH après une intervention d'une assistante sociale de secteur, par exemple.

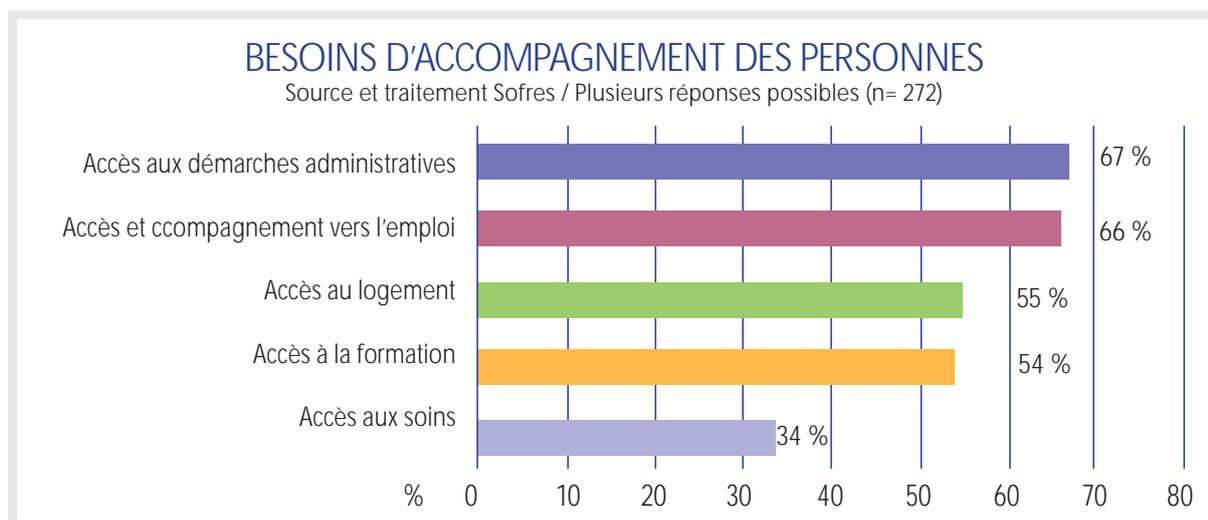
Pour les personnes dont le niveau d'information est suffisamment étendu et qui connaissent les

différentes possibilités d'accompagnement, cette diversité leur offre la liberté de choisir le type de professionnels qui pourront les accompagner, dans un champ de l'emploi, du social ou du médico-social.

Toutefois, on peut aussi penser que la multiplication des acteurs peut être source de confusion pour les personnes. La complexité pouvant, dans le pire des cas, être à la source d'un certain abandon, un professionnel pensant que la personne sera suivie par le collègue d'un autre organisme, pour au final n'être suivie par personne.

Les personnes qui souhaiteraient un accompagnement

Parmi les 70 % des personnes enquêtées (189) qui ne bénéficient pas d'un accompagnement, 44 % pensent en avoir besoin.



- 67 % des personnes souhaiteraient un accompagnement pour l'accès aux démarches administratives
- 66 % d'entre elles déclarent un besoin d'accompagnement vers l'emploi et d'accès à l'emploi
- 55 % des personnes évoquent un besoin d'accompagnement pour un accès au logement
- 54 % éprouvent un besoin d'accompagnement vers la formation
- 34 % souhaiteraient un accompagnement pour un accès aux soins

Un quart seulement des personnes passées par la MDPH ne bénéficie pas d'un accompagnement et estime ne pas en avoir besoin.

Ce qui traduit, sans présumer de l'importance de l'accompagnement, d'un suivi des personnes au-delà du seul processus

de décision, d'autant plus si l'on considère l'ampleur des changements intervenus durant le processus global de décision (**voir aussi partie 3, les portraits des personnes en situation de handicap**).

3^E PARTIE : PORTRAITS DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

La troisième partie de l'étude complète et éclaire les données concernant les profils et les trajectoires des primo-demandeurs de RQTH avec les témoignages des personnes concernées selon la méthodologie suivante.

■ 3.1. LE PROFIL DES PERSONNES PRÉSENTES AUX INFORMATIONS COLLECTIVES DE LA MDPH – ANALYSE DES FICHES DE SITUATION

Cette analyse ne représente pas une photographie de l'ensemble des demandeurs de RQTH, mais celle des personnes qui se sont déplacées pour assister aux réunions d'informations collectives proposées par la MDPH en partenariat avec Pôle emploi. 352 fiches de situation ont été recueillies sur l'ensemble de l'année 2009.

Ce profil n'est pas à rapprocher du profil général des personnes qui s'adressent à la MDPH.

En effet, les personnes représentent ici environ 10 % des primo-demandeurs de RQTH. Il n'est pas possible de connaître les raisons qui ont motivé leur venue.

On peut se demander si ces personnes sont les plus motivées ou celles qui ont l'habitude et les moyens de s'informer.

Au contraire, elles peuvent être particulièrement

isolées et donc profiter d'une occasion d'avoir davantage de renseignements sur leur situation et leurs droits.

Elles peuvent aussi avoir une question précise et penser qu'elles auront ainsi l'occasion d'avoir une réponse.

Par ailleurs, ces personnes ont la possibilité physique de se déplacer, tant sur le plan de la santé que de la disponibilité en journée. Ainsi, on peut supposer que les personnes dont la situation de handicap rend les déplacements problématiques ne se rendent pas à ces sessions d'information. De même, les personnes en emploi qui sollicitent la MDPH dans le cadre du maintien se libèrent peut-être difficilement de leurs obligations professionnelles pour assister à ces réunions.

Les sessions d'information organisées par la MDPH

Depuis janvier 2009, une réunion d'information collective est proposée à chaque personne qui s'adresse pour la première fois à la MDPH de Paris pour une demande de RQTH.

Cette session a pour objectif de mieux informer les personnes de l'utilité de la RQTH et des autres prestations. Elle est co-animée par le référent insertion professionnelle de la MDPH et un agent de Pôle emploi.

Environ 10 % des personnes répondent à la proposition de réunion collective et se déplacent pour y assister. A l'issue de la réunion, la majorité des personnes acceptent de compléter une fiche de situation destinée à alimenter/abonder les informations contenues dans leur dossier.

La fiche d'information récapitule :

- les coordonnées et la situation de la personne,
- les informations sur sa formation,
- sur sa situation vis-à-vis de l'emploi,
- ainsi que sur ses besoins au moment où elle dépose sa demande.

Entre janvier 2009 et juillet 2009, une vingtaine de sessions d'informations ont été organisées. L'ensemble des fiches collectées au fil de l'année 2009 (352 fiches)⁷² ont été analysées⁷³.

Les entretiens

À la suite des sessions d'informations collectives proposées par la MDPH aux personnes déposant une première demande de RQTH, 30 personnes ont été sollicitées pour répondre à un entretien individuel⁷⁴.

L'objectif de ces entretiens vise à compléter par une approche qualitative les données quantitatives des bases de données ITAC et de l'enquête Sofres. Il s'agit de permettre aux personnes en situation de handicap d'exprimer les attentes, leurs besoins et leurs difficultés au moment de leur demande de RQTH. Les entretiens se sont déroulés dans une salle mise à disposition par la MDPH⁷⁵, au mois de juillet 2009⁷⁶.

Aucun critère d'inclusion particulier n'a présidé au choix des personnes enquêtées, hormis celui de primo-demandeur de RQTH. La méthode d'entretiens semi-directifs a été utilisée⁷⁷.

L'entretien aborde des thèmes autour de la personne et autour de la demande de RQTH :

- la situation personnelle,
- la situation professionnelle,
- les besoins de la personne,
- l'accompagnement dont elle bénéficie et le type de professionnels concernés,
- ses attentes vis-à-vis de la demande de RQTH,
- et ses autres demandes adressées à la MDPH.

⁷² La quasi-totalité des personnes assistant aux réunions d'information acceptent de remplir la fiche de renseignements.

⁷³ Pour traiter les informations contenues dans ces fiches, une base de données dédiée a été créée avec le logiciel Sphinx.

⁷⁴ Chaque entretien a été enregistré avec l'accord de la personne. L'anonymat de la rencontre a été garanti.

⁷⁵ Si le lieu choisi n'est pas neutre puisque les personnes sont dans la demande vis-à-vis de la MDPH, il présente l'avantage d'être un lieu accessible et connu des personnes, donc plus sécurisant.

⁷⁶ Les entretiens en face à face ont été réalisés par Practhis.

⁷⁷ Un guide d'entretien a été construit comme support aux entretiens semi-directifs.

Les 30 personnes ont été interrogées à nouveau, après que la décision de la MDPH a été rendue⁷⁸, soit de quatre à dix mois après la réception de leur notification. Le deuxième entretien⁷⁹ vise à mesurer l'impact de la RQTH sur le devenir des personnes.

Il a eu pour objectif de connaître :

- les changements intervenus dans la situation de la personne depuis sa demande de RQTH,
- la décision de la CDAPH et sa conformité ou non avec les attentes initiales,
- les éléments qui ont aidé la personne dans ses démarches ou pour améliorer sa situation,
- les éléments qui manquent encore à la personne si sa situation ne s'est pas améliorée.

L'analyse des 30 entretiens a permis de révéler cinq typologies de personnes. Au vu du nombre de personnes interrogées (30 personnes), ainsi que de la diversité et de la complexité des parcours des personnes en situation de handicap, cette étude ne prétend pas lister l'exhaustivité des situations.

L'analyse permet toutefois de repérer un certain nombre de typologies, qui pour certaines rejoignent celles qui sont connues des organismes spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap à Paris (Handipass, Cap emploi, Mission locale, etc).

⁷⁸ Les seconds entretiens ont été réalisés par téléphone en avril 2010 par Practhis.

⁷⁹ Une grille d'entretien a été construite pour la seconde interview.

Parmi les 352 personnes qui ont complété une fiche de situation lors de la réunion collective à la MDPH, 30 ont été interrogées en entretien individuel.

SEXE	AGE	SITUATION FAMILIALE	NIVEAU D'ÉTUDES	MÉTIER/FORMATION	SITUATION PROFESSIONNELLE	TYPE DE HANDICAP
F	28	célibataire	bac + 6	médecine	recherche d'emploi	handicap psychique
M	43	célibataire	bac +	styliste	recherche d'emploi	trouble de santé invalidant
F	47	veuve	faible	fleuriste	recherche d'emploi	handicap moteur
M	45	marié	-	manutentionnaire	arrêt maladie	handicap moteur
M	54	marié	bac + 3	juriste	recherche d'emploi	handicap moteur
F	43	mariée	bac	assistante de direction	recherche d'emploi	trouble de santé invalidant
F	43	célibataire	école prof.	vendeuse	recherche d'emploi	handicap moteur
F	43	divorcée	bac + 2	attachée commerciale	recherche d'emploi	handicap moteur
M	26	célibataire	bac	-	recherche d'emploi	handicap moteur
F	40	mariée	bac	fonctionnaire (administration)	recherche d'emploi	handicap psychique
M	49	marié	CAP	chargé de clientèle	en poste	trouble de santé invalidant
M	51	marié	faible	commerce	recherche d'emploi	handicap moteur
M	29	célibataire	bac + 5	développeur informatique	en stage	handicap de la parole
F	37	célibataire	bac + 2	serveuse	recherche d'emploi	handicap visuel
M	47	célibataire	CAP	serveur	arrêt maladie	trouble de santé invalidant
M	49	divorcé	bac + 3	employé de banque	arrêt maladie	trouble de santé invalidant
F	33	célibataire	bac + 5	chargée de mission	recherche d'emploi	handicap psychique
M	54	divorcé	bac	cuisinier	recherche d'emploi	trouble de santé invalidant
F	25	célibataire	bac + 5	statisticienne	recherche d'emploi	handicap moteur
M	20	célibataire	bac + 1	informatique	étudiant	trouble de santé invalidant
M	39	célibataire	bac + 5	bibliothécaire	recherche d'emploi	handicap psychique
M	55	célibataire	BEPC	hôtellerie	recherche d'emploi	handicap moteur
F	33	célibataire	-	responsable de magasin	arrêt maladie	handicap moteur
M	46	marié	faible	cariste	recherche d'emploi	handicap moteur
F	56	divorcée	bac + 5	enseignante	arrêt maladie	handicap psychique
F	32	mariée	bac professionnel	secteur sûreté	en poste	handicap psychique
F	25	célibataire	CAP	caissière	en poste	handicap moteur
M	23	célibataire	CAP	recyclage informatique	recherche d'emploi	-
M	36	marié	faible	menuisier	recherche d'emploi	handicap visuel

ZOOM SUR LES PERSONNES PRÉSENTES AUX INFORMATIONS COLLECTIVES DE LA MDPH

Les personnes qui assistent aux sessions d'information collectives sont en majorité des hommes (63 %), pour moitié célibataires (49 %) et pour moitié chargés de famille (53 %). Les deux-tiers d'entre eux sont âgés de 25 à 49 ans.

Si 17 % des personnes ne déclarent aucun diplôme, 26,5 % mentionnent un CAP-BEP, 27,5 % un bac ou un diplôme de niveau bac + 2, et 29 % un diplôme de niveau bac + 3 au doctorat. Les lieux de naissance⁸⁰ des personnes se répartissent entre la France (40 %), et 60 % entre l'Union européenne et les pays non communautaires (Asie, Afrique, Etats-Unis...).

30 % des demandeurs perçoivent un salaire et 21 % un minima social (RMI/ RSA) ; 66 % des personnes sont à la recherche d'un emploi. Un certain isolement des personnes en recherche d'emploi apparaît : 57 % ne sont inscrits ni à Pôle emploi ni à Cap Emploi.

Les deux principaux besoins formulés relèvent

- . de la formation (46 %)
- . et d'un appui à la recherche d'emploi (33 %).

D'autres types de besoins sont évoqués :

- . un reclassement professionnel (28 %),
- . une adaptation du poste de travail, un allègement des horaires ou une diminution du trajet domicile-emploi (26 %),
- . des aides financières ou techniques (11 %),
- . une carte de transport gratuite (5 %)
- . ou un soutien à la création d'entreprise (3 %).

L'expérience professionnelle des demandeurs de RQTH peut être conséquente : la moitié d'entre eux (49 %) ont plus de 10 ans d'expérience dans un métier, et un quart (25,5 %) une expérience comprise entre cinq et dix ans. L'expérience acquise n'est toutefois pas un gage de poursuite dans cette voie car 52 % des personnes se déclarent incapables à exercer leur dernier métier.

Avant la demande de RQTH, les personnes exerçaient un large panel de métiers, tels que technicien, aide à domicile, animateur, graphiste, professeur, gardien, ouvrier, assistant de direction, comédien, directeur commercial, standardiste, auxiliaire de puériculture, éboueur, vendeur, peintre en bâtiment, instrumentiste, plombier, électricien, informaticien, aide-soignante, chauffeur, juriste, architecte...

Les personnes citent peu de métiers recherchés. Les plus fréquents sont les postes de ménage, d'agents administratifs, de caissiers ou d'informaticiens.

⁸⁰ La nationalité n'est pas demandée dans la fiche de renseignements.

■ 3.2. LES TYPOLOGIES DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP - ANALYSE DES ENTRETIENS

Les différentes typologies proposées ci-après mettent en avant d'une part le moment où les personnes se positionnent sur une demande de RQTH par rapport à leur parcours de vie professionnelle, et d'autre part leur situation vis-à-vis de ce parcours et le poids que peut y représenter le handicap.

3.2.1. Les personnes « primo-accédantes »

Le premier profil concerne des personnes plutôt jeunes et nouvellement diplômées qui viennent de sortir du monde étudiant ou lycéen. Elles peuvent toutefois avoir effectué un ou plusieurs stages. Ce sont aussi des personnes diplômées un peu plus âgées, mais qui n'ont jamais exercé leur métier à la suite de leurs études.

Elles conjuguent une inexpérience professionnelle et leur situation de handicap, ce qui a pu retarder leur arrivée sur le marché du travail : plusieurs années de « petits boulots » après les études, par exemple) ou l'irruption d'une maladie qui stoppe brutalement un cursus

d'études. Il leur faut ensuite reprendre leur parcours de formation avec le handicap ou la maladie en arrière-plan.

*« Donc, à ce moment-là, j'avais 17 ans, et je m'étais dis, oui, vers 23 ans, s'il n'y a pas de rechute, on peut dire que je suis guéri. On va dire que ça trotte chaque fois dans la tête. Parce qu'on se dit, est-ce que ça peut revenir ou pas ? On va dire que c'est comme si j'avais une épée de Damoclès au dessus de ma tête. »
(M. P. 20 ans. Trouble de santé invalidant).*

Une recherche d'emploi classique

Elles ne possèdent pas d'expérience professionnelle conséquente, ou une expérience limitée à des emplois étudiants sans lien avec leur formation diplômante, et elles sont en recherche d'emploi.

Les contacts avec Pôle emploi ne sont pas forcément impactés par la situation de handicap. Certaines personnes se voient proposer des offres par Pôle emploi, d'autres cherchent et trouvent des annonces par elles-mêmes, d'autres sont suivies par des structures co-traitantes avec Pôle emploi... Les personnes semblent ainsi se répartir selon toute la palette de situations auprès de Pôle emploi.

En revanche, pour des besoins plus spécifiques liés au handicap (bilan spécialisé par exemple), les personnes vont être orientées vers la structure Handipass ou Cap emploi.

Toutefois, les personnes sont plutôt autonomes et ne ressentent pas nécessairement le besoin d'un accompagnement :

*« La plupart du temps, je fais les choses par moi-même. Je suis allée voir directement l'assistante sociale de la mairie. Je ne sais pas, ça se fait comme ça. J'arrive à faire mes démarches. Je peux remplir ma déclaration toute seule ! »
(Mme A. 28 ans. Handicap psychique).*

Si les personnes sont au chômage, elles sont néanmoins actives. Une personne « occupe » son temps d'inactivité par une action bénévole au sein d'une association. Cette activité n'a pas de lien avec sa formation professionnelle, mais lui permet de ne pas perdre le lien avec le monde du travail et de conserver un statut social.

*« Sinon en ce moment, je travaille dans une association. Ca me prend mes après-midi. (...) A titre bénévole. Un peu de secrétariat, des coups de fil à passer pour faire un projet pour le Samu en fait. (...) Ca ne fait pas longtemps que je suis dans ça. Pour l'instant, ça fait trois après-midi, donc ça fait deux semaines en fait. C'est vrai que ça fait un moment que je n'ai pas travaillé. Donc là c'est bien, ça me permet de remettre un pied dans le travail, de manière un peu plus souple que sur le marché du travail, et en même temps avec une action concrète. »
(Mme A. 28 ans. Handicap psychique).*

La RQTH comme démarche positive

Ces personnes se caractérisent par une absence de problématiques sociales. Elles sont assez battantes, et se sentent capables de réussir. Elles peuvent envisager leur avenir professionnel avec optimisme :

*« Bon, là, il faut que je trouve quelque chose en quelques semaines. »
(Mme T. 25 ans. Handicap moteur).*

La reconnaissance de travailleur handicapé est envisagée comme une démarche positive qui va apporter une aide dans les démarches.

*« Parce que j'avais très envie de travailler, j'ai envoyé des CVs. Je me disais «Il faut mettre tous les réseaux de mon côté pour trouver du travail», du coup j'ai pensé qu'il y avait la demande de reconnaissance de travailleur handicapé. »
(Mme A. 28 ans. Handicap psychique).*

*« La reconnaissance du statut de travailleur handicapé ça me permettrait de justifier des gros trous qu'il y a dans mon CV depuis 2007, et avoir une formation qui correspond à mes besoins et aux besoins du marché du travail, moi j'aimerais pouvoir trouver du travail plus facilement. »
(Mme S. 33 ans. Handicap psychique).*

La formation est très souvent citée comme une alternative à la situation de chômage. Les personnes se sentent également capables d'une reconversion, et envisagent avec sérénité une formation complémentaire, par exemple. L'âge plutôt jeune de ces personnes, la connotation positive des études pour des personnes qui sont toutes diplômées, font qu'elles envisagent avec plaisir de continuer à se former. Elles ont des projets et comptent les mettre en œuvre/les réaliser.

*« Je veux faire une formation, avant de retravailler, pour moi c'est revenir à mon stade de vie normale »
(Mme S. 33 ans. Handicap psychique).*

La réussite antérieure des études permet aussi aux personnes de se projeter dans des emplois qui leur paraissent un minimum valorisants.

*Je pense que ça va bien marcher. (...) Comme j'ai fait des études, ce n'est pas comme si j'avais rien fait. Je n'ai pas envie de faire caissière, j'ai envie d'accéder à quelque chose de plus intéressant. »
(Mme A. 28 ans. Handicap psychique).*

Pour ces personnes qui n'ont pas travaillé, la reconnaissance de travailleur handicapé est perçue positivement pour la recherche d'emploi. En revanche faire état de son statut dans un environnement de travail est imaginé comme une démarche plus problématique, faute de savoir si l'information va être plus ou moins bien reçue :

*« J'aimerais juste avoir un employeur à qui je puisse expliquer ce que j'ai traversé et qui me prenne comme une personne normale en fait, qu'il soit pas réservé à mon égard, que j'ai pas à mentir. (...) Si j'arrive à faire les choses sans passer par la reconnaissance de travailleur handicapé, peut-être que je serai jamais amenée à le dire si la médecine du travail trouve quelque chose d'anormal... Je pense que je ne ferai pas valoir la reconnaissance de travailleur handicapé. »
(Mme A. 28 ans. Handicap psychique).*

*« Je pense que dans une entreprise, je n'aimerais pas forcément prévenir l'employeur que j'ai un peu de problème avec ma jambe et que certains employés regardent avec un air bizarre ma façon de marcher. Certains jours, je ne boite pas. Et c'est vrai qu'à n'importe quel moment, surtout en fin de journée, j'ai tendance à boiter. Donc c'est vrai que c'est un peu la crainte que j'ai. »
(M. P. 20 ans. Trouble de santé invalidant).*

Le devenir des personnes

Quelques mois plus tard et après l'accord de la CDAPH sur la reconnaissance de travailleur handicapé, les positions quant à son utilisation fluctuent :

« Je ne sais pas si j'ai intérêt à en parler systématiquement. Je veux dire que si ça va, que je suis bien stabilisée, que j'arrive bien dans mon travail et tout, il n'y a pas de raison que j'en parle, sauf si je sens que la personne... mon employeur est une personne en manque de confiance... enfin je sais pas.. Pas de confiance mais de tolérance. »
(Mme A. 28 ans. Handicap psychique).

« Je préfère mettre en valeur mes compétences que mon handicap. »
(Mme T. 25 ans. Handicap moteur).

Mais pour les personnes, qu'elles décident ou non de faire valoir leur statut, l'obtention de la RQTH a un effet apaisant. Le statut fonctionne alors comme une véritable « reconnaissance » sociale, qui crédibilise le discours et le parcours de la personne.

« Le fait d'être reconnue, le fait d'avoir cette reconnaissance RQTH, ça m'a beaucoup rassurée. Parce que je me suis dit... avant je me posais beaucoup de questions sur ma reprise du travail, je me disais que ça serait hyper compliqué si je n'avais pas la RQTH... pour justifier de 2 ans donc ça m'a beaucoup soulagée en fait. »
(Mme S. 33 ans. Handicap psychique).

Certaines personnes ont oublié si la notification mentionnait ou non un service d'accompagnement. Certaines se souviennent que la notification mentionnait des organismes, mais elles n'y ont pas fait appel car elles avaient déjà trouvé du travail par leurs propres moyens. Comme précédemment, ces personnes ne semblent donc pas être dans une attente particulière d'accompagnement.

Les personnes ont mené à bien leur projet, notamment leur projet de formation. Elles restent confiantes en l'avenir, et estiment que leurs difficultés sociales (un accès au logement par exemple) sont passagères et se résoudront aisément à la fin de la formation quand elles auront trouvé un emploi.

D'autres ont trouvé un emploi en contrat à durée déterminée. Une personne conserve sa capacité à rebondir intacte, et se projette déjà dans son avenir avec énergie :

« J'aimerais bien intégrer l'entreprise mais comme j'ai un CDD d'un an pour l'instant c'est pas envisagé... pour l'instant... jusqu'au au mois de décembre, ils vont peut être me dire on vous garde ; pour l'instant, ils ne m'en parlent pas... peut être ... ils m'ont parlé d'un entretien mais toujours pour un CDD d'un an ... mais peut être au mois de décembre ils vont me dire non, on ne vous garde pas.

De toute façon, au mois de septembre je vais chercher un autre travail ; je ne les attends pas pour commencer à chercher un autre travail au mois de janvier, je vais m'y prendre à l'avance. »
(Mme T. 25 ans. Handicap moteur).

Une autre encore a terminé un CDD et recherche à nouveau un emploi. Cependant, elle a déjà eu des entretiens et attend les réponses. Dans l'intervalle, elle continue à s'auto-former pour être au maximum de ses capacités lors de ses futurs entretiens.

Les personnes sont globalement satisfaites du déroulement de leur projet, et s'il leur manque quelque chose, ce manque n'est pas en lien avec leur situation professionnelle ou sociale :

« Il me manque aujourd'hui un compagnon ! Mais ça n'est pas la MDPH qui va m'aider... »
conclut une jeune femme
(Mme A. 28 ans. Handicap psychique).

De façon générale, les personnes présentant ce profil ne mettent pas en avant leur situation de handicap, mais se situent dans une problématique d'accès à un premier emploi après les études. La situation de handicap est une particularité qui n'empêche pas les personnes d'être optimistes en leur avenir. Elles font confiance aux dispositifs pour les aiguiller dans leur recherche d'emploi mais elles ne misent pas tout sur les dispositifs et adoptent une attitude volontariste et active. Dans ce sens, la RQTH est perçue comme un plus qui peut les aider, mais elles se réservent la possibilité de l'utiliser ou non. Là encore, ces personnes font preuve d'une certaine autonomie.

3.2.2. Les personnes « désorientées »

Les personnes de ce profil présentent une double difficulté. D'une part elles ne possèdent pas de diplôme à faire valoir sur le marché du travail, et d'autre part elles ont une expérience professionnelle limitée ou décousue. Certaines personnes sont qualifiées mais n'ont jamais exercé de profession en lien avec leur formation initiale.

Les personnes sont en recherche d'emploi, hormis l'une d'entre elle qui est en poste. Toutefois, elle vit une expérience professionnelle difficile et se trouve en arrêt maladie. Elle envisage de poursuivre cet arrêt maladie jusqu'à ce qu'elle ait trouvé une solution. Outre la situation de handicap qui empêche Mme D. d'accomplir certaines tâches requises dans son poste de travail (port de charges, manutention...), elle se trouve également en conflit avec ses collègues de travail.

« Parce que, sincèrement, je ne m'attendais pas à ça. Parce qu'en fait, moi des fois, je suis seule à gérer le magasin. Parfois, je me retrouve avec d'autres responsables. Et quand on est la nouvelle, c'est toujours : « va faire ça » « fais ça bien », on vous critique devant vous. Ou, dès que vous avez le dos tourné, on rigole de vous. Les responsables, les anciennes, elles n'ont

pas de cœur. Elles parlent de nous comme si on était des chiens, je n'ai jamais vu ça. C'est ça qui fait que aujourd'hui... En plus en ce moment, actuellement, bon, ça va, quoi, mais normalement mon arrêt se termine Lundi. Soit on le continue pour cause de maladie, soit je suis orientée vers un autre poste, parce que je ne peux plus entasser les cartons, prendre les chaussures. Je ne peux pas faire tout ça. (...) De toute façon, je ne reprendrai plus... »
(Mme D. 33 ans. Handicap moteur).

L'expérience professionnelle de ces personnes semble décousue ou inexistante. Une personne a par exemple travaillé deux jours entre 2005 et fin 2009, à la date de l'entretien.

« Je cherche donc un emploi depuis 2005, depuis fin 2005 et c'est vrai que depuis il n'y a pas eu de réussite du tout parce que j'ai fait en 2007, pendant 2 jours seulement, on devait distribuer des tracts devant un lycée, donc en juin 2007, c'est vrai qu'à part ça, il n'y a pas eu de réussite du tout. »
(M. O. 26 ans. Handicap moteur).

Une problématique sociale complexe

Les personnes cumulent leurs difficultés de santé et de chômage avec d'autres difficultés sociales. Leur situation financière est une véritable source d'inquiétude. Elles vivent en effet de l'AAH, du RMI ou d'indemnités Assedic. Ces faibles ressources les ont entraînées dans des situations de dettes, parfois de surendettement.

Une autre angoisse, parfois en corolaire, concerne le logement. Aucune ne semble pouvoir assumer un logement individuel. L'hébergement par la famille ou une place en foyer sont des solutions temporaires qui génèrent également des questions sur le futur. Ainsi, l'hébergement chez le lointain cousin s'éternise et commence à peser pour toute la famille, ou le temps imparti pour la résidence au foyer arrive à échéance...

« J'ai trouvé un autre foyer déjà. Je n'ai pas encore la réponse aussi. Le 31, j'aurai la réponse pour savoir si j'attends encore ou... ça fait un moment que je suis là-bas, presque 9 mois. Il faut trouver autre chose. C'est une difficulté aussi, c'est pour ça. Il y a un temps limité dans le foyer, c'est un an. C'est moi-même qui dois chercher. Et si moi je ne cherche pas, je risque de dormir dans les hôtels ou les trucs d'urgence. »
(M. K. 23 ans).

Une femme seule évoque sa difficulté à pouvoir s'occuper de ses enfants alors qu'elle a un état de santé altéré.

*« C'est vrai que ça n'a pas été facile parce que les enfants ont ressenti cette maladie, ils n'étaient pas bien. Quand je me tords tellement, ils sont tout de suite paniqués parce qu'ils ont vu comment j'ai souffert. Ils ont souffert avec moi mais en silence. Moi, c'était physique, eux c'était à l'intérieur d'eux qu'ils souffraient. Surtout que je n'avais pas d'aide et donc c'était très dur. Plusieurs fois je suis restée alitée puisque je ne pouvais pas bouger, mais malheureusement on ne pouvait pas m'aider parce que je n'avais pas cette reconnaissance de personne invalide, alors du coup, je n'avais pas droit à l'aide ménagère. Ça a été vraiment très compliqué. (...) Il y a des moments où je me disais que la mort serait une délivrance pour moi... Parce que je souffrais et je faisais souffrir mes enfants. Alors, il y a eu des moments où j'ai souhaité et j'ai voulu mourir. (...) J'aurais voulu avoir quelqu'un au quotidien quand je n'allais pas bien du tout, quand j'étais malade parce que j'ai des enfants, et que les enfants, il faut s'en occuper. C'est un travail de tous les jours et moi dans ma maladie, je n'avais personne... Par exemple, il y a des moments où j'étais dans la cuisine, je ne pouvais plus bouger, les voisins, ils venaient carrément me porter et c'est eux qui faisaient à manger pour les enfants. Mais le service social n'a rien fait pour moi. Mais les voisins oui, ils m'ont aidée, ils ont fait à manger pour les enfants, quand j'étais complètement bloquée »
(Mme D. 33 ans. Handicap moteur).*

Certaines de ces personnes sont peu, voire pas du tout accompagnées sur le plan social.

*« Je n'ai pas voulu voir une assistante sociale parce que je ne sais pas... Je suis perdu en fait. Même pour manger là, je n'ai plus un rond. Il faut que j'attende le 6. »
(M. K. 23 ans).*

En revanche, elles paraissent quasiment toutes être accompagnées pour une recherche d'emploi, par le Pôle emploi, Handipass ou Cap emploi, une mission locale. Elles trouvent ainsi une aide pour accomplir les démarches administratives liées à la situation de handicap, la proposition de demande de reconnaissance émanant souvent de ces professionnels. Elles y trouvent également une écoute pour explorer ou valider une recherche d'emploi sur tel ou tel métier.

Parfois cependant, les personnes semblent aller d'une structure à une autre, et rencontrent des avis qui divergent, ou qui s'opposent.

*« Je touche le RMI. J'ai une référente, là-bas, qui a voulu essayer de me prendre un rendez-vous à ce qu'ils appellent une agence intermédiaire. C'est une agence qui propose des missions de 2 ou 3 jours, ce genre de chose. Et donc je suis allé, j'ai expliqué le problème et on m'a dit « vous ne pouvez pas »... Quand je leur ai dit que j'ai cherché « opérateur de saisie » ils m'ont dit : « oui, mais opérateur de saisie, il faut longtemps être assis ». C'est quand même compliqué. Il ne voyait pas trop en fait ce que je pouvais faire. Et surtout on m'a dit : « On a des missions pour les handicapés mais il faut qu'ils aient la reconnaissance, or ce n'est pas encore votre cas ». Donc je n'ai rien pu faire là-bas. Donc c'est vrai que c'est compliqué. C'est vrai qu'à l'heure d'aujourd'hui, je n'ai pas moi-même vraiment d'idée sur ce que je pourrai faire. Ce n'est pas déjà une question d'envie de ce que je veux faire. C'est surtout de ce que je peux faire. C'est surtout ça le premier problème. Parce que je me rends compte chez moi, rien que chez moi, j'ai un ordinateur et au bout d'un moment assis devant, les douleurs arrivent... »
(M. O. 26 ans. Handicap moteur).*

La demande de RQTH sans véritable raison

La demande de RQTH pour ces personnes s'insère dans un ensemble d'autres demandes, d'allocations ou d'hébergement, par exemple. La RQTH n'est pas souvent une priorité et elle est demandée « au cas où », mais pas forcément dans un objectif professionnel défini.

« J'ai demandé plusieurs choses en même temps, pour montrer que j'étais ouvert à toute solution qu'on pourrait me proposer. J'ai demandé en même temps, orientation professionnelle et l'AAH. Pourtant, ce n'est pas compatible du tout, mais j'ai demandé les deux en même temps, parce que je me suis dit, en fonction des entretiens que je peux avoir, on peut me dire : « le rattachement professionnel peut être le mieux, ou alors, on peut me dire, pour travailler, ce n'est pas gagné pour vous, et peut-être que l'allocation serait mieux ». En fait, si j'ai demandé les deux en même temps, c'est parce que je suis ouvert aussi bien à l'un qu'à l'autre. Et j'ai aussi demandé la carte « station debout pénible », je

ne savais même pas que ça existait. Quand j'ai vu que je pouvais cocher, je l'ai fait, parce que c'est vrai que dans le métro, dans le bus, on se retrouve souvent à être debout, serrés comme ça, et pour moi, ce n'est pas évident. Donc, j'ai demandé ça aussi. »
(M. O. 26 ans. Handicap moteur).

Il existe donc une différence d'objectifs entre le suivi des professionnels qui aident à demander la reconnaissance de travailleur handicapé et les priorités exprimées par les personnes en situation de handicap, qui doivent faire face à des difficultés de différentes natures. On remarque, pour ces personnes qui possèdent un faible niveau d'étude, une absence de discours sur la formation professionnelle. Le recours à la formation n'est absolument pas envisagé comme une aide pour passer d'une situation de chômage à une situation d'emploi.

Le devenir des personnes

Quelques mois après l'obtention de la RQTH, les personnes apparaissent peu ou prou dans la même situation. Ce qui semble avoir bougé, en revanche, est un état d'esprit plus optimiste.

« Ca m'a apporté surtout l'espoir de trouver quelque chose. (...) Maintenant que j'ai la RQTH, tous les interlocuteurs que j'ai pu rencontrer m'ont bien fait comprendre que j'aurais accès à des offres, et peut-être à des formations, qui seront adaptées, par rapport au nombre d'heures, par rapport au lieu de travail, et en fait c'est l'espoir qui revient. (...) Comme je n'ai pas d'idée précise en tête, je suis ouvert à tout ce qu'on pourra me dire. Je n'ai pas vraiment d'idée précise que ce soit en terme de métier... je n'ai pas vraiment d'idée fixe dans ma tête donc c'est vrai que si l'on me parlait d'une formation qui serait intéressante... je pourrais accepter. (...) C'est ma plus grande crainte à l'heure actuelle, de ne pas trouver d'idée. »
(M. O. 26 ans. Handicap moteur).

Il n'est probablement pas anodin de constater que trois des personnes présentant ce profil n'ont pas pu être contactées pour le second entretien. Numéro de portable coupé, déménagement ou changement de foyer sans laisser d'adresse... leur situation sociale et de logement précaire

s'est concrétisée par ces déménagements et par la perte de lien⁸¹.

Les personnes sans formation, sans métier bien défini, sont également celles qui s'avèrent être sans projet bien précis. Les difficultés sociales accumulées entravent pour une bonne part l'énergie qui pourrait être destinée à élaborer un projet professionnel ou initier une recherche d'emploi. Elles semblent moins actives et plus attentistes. Ces personnes, bien qu'accompagnées professionnellement, semblent relativement isolées (ou sont moins accompagnées socialement). En effet, elles paraissent vivre avec une grande confusion les orientations proposées par les divers organismes vers d'autres organismes... sans bien savoir ce que peut faire l'un ou l'autre, et recevant des avis parfois contradictoires.

On peut remarquer que deux des personnes présentant ce profil ont effectué une demande d'orientation pour un poste de travail en milieu protégé. Peut-être la complexité des situations sociales n'est-elle pas étrangère à ce souhait d'intégrer le milieu protégé.

⁸¹ Les personnes n'ont pas signalé leur changement d'adresse et de coordonnées auprès de la MDPH.

3.2.3. Les personnes « fragilisées »

Les personnes de ce profil sont diplômées ou ont acquis une qualification grâce à leur expérience professionnelle conséquente.

La situation de handicap est acquise au cours de la vie professionnelle, souvent liée au poste de travail.

Être en poste ne protège pas d'une situation sociale difficile. Une partie d'entre elles évoquent de gros problèmes financiers, avec des situations avérées de surendettement. En effet, ces personnes sont passées brusquement d'un salaire à des indemnités journalières moins avantageuses. Elles ont donc un train de vie qui correspond à celui d'un salarié (location d'un logement dans le parc privé, crédits à rembourser...) alors que leur revenus ont drastiquement diminué. Certaines expriment un sentiment de précarité.

« Si jamais je suis licencié, je perds mon boulot, je ne peux plus payer mes dettes, je ne peux plus payer mon loyer, donc à la rue et à 48 ans, ça fait mal. »
(M. E. 48 ans. Trouble de santé invalidant).

Pour d'autres en revanche, la situation de travail et donc la perception d'un salaire ne les exposent pas à des problèmes sociaux particuliers.

Sans surprise, les professionnels qui accompagnent les personnes dans une problématique de maintien sont majoritairement des médecins, généralistes, médecins-conseil, médecins du travail.

L'indépendance de la médecine du travail est toutefois entachée de suspicion. Les médecins du travail peuvent être imaginés en collusion avec la direction.

« Et puis fin octobre, j'ai été convoqué par la médecine du travail. Enfin j'ai été convoqué deux fois. Une fois, elle m'avait mis apte et j'ai été reconvoqué trois semaines après et elle m'a mis inapte. Je pense qu'il y a eu un coup de téléphone de la part de la gérante, donc aussi du patron. (...) Oui parce que carrément, à la

médecine du travail, elle m'a mis inapte au travail de bar, avec possibilité d'inaptitude totale. » (M. G. 47 ans. Trouble de santé invalidant).

Plus étonnant, nombre de personnes dans ce cas de figure se sont adressées à des syndicats, de façon spontanée. Elles ont en effet effectué une démarche individuelle pour chercher un syndicat par leurs propres moyens et se mettre en contact avec lui.

« Alors j'ai appelé mon syndicat pour qu'il vienne me défendre parce que je sentais que ça allait mal se passer. Donc on est passés devant la commission, il y avait deux personnes et puis donc le délégué syndical et moi. Donc là, on s'est mis d'accord pour que je ne reprenne pas et que je me mette en congé longue maladie. (...) C'est le syndicat qui m'a dit qu'il fallait que je dépose un dossier à la maison du handicap. Donc j'ai rempli le dossier que j'ai fait remplir par mon médecin traitant. »
(Mme V. 56 ans. Handicap psychique).

Si les personnes font appel à un syndicat, qui n'a pas de connotation « handicap », il peut être plus difficile de penser faire intervenir un organisme spécialisé, qui viendrait « s'immiscer » dans la vie interne de l'entreprise. Ainsi, une personne qui connaît les coordonnées du Sameth hésite à prendre contact avec le service :

« J'ai regardé le petit carnet, je l'ai l'adresse, mais j'ai peur de leur téléphoner, je n'ai pas envie d'aller voir mon employeur. Ils vont me dire quoi ? Comment va réagir mon employeur en ayant un appel téléphonique de ces gens-là ? Ils vont dire de quoi ils se mêlent ceux-là ? Peut-être que ça n'a rien à voir avec ça, peut-être qu'ils ont une autre politique ? Ce n'est pas facile d'être dans cette position. C'est pour ça les gens ont peur, ils ont peur de perdre leur place... »
(M. E. 48 ans. Trouble de santé invalidant).

La situation de handicap comme conséquence du travail

La situation de handicap peut être une conséquence de la situation de travail de la personne. Plusieurs personnes se plaignent de harcèlement moral, de la part de collègues ou de leur direction. Elles expriment des sentiments d'amertume et de frustration pour n'avoir pas été soutenues.

*« J'ai subi du harcèlement moral de la part de collègues, notamment deux femmes et de la part d'un petit noyau de collègues. Pourquoi, je ne sais pas, personne ne m'a dit. Donc on a vraiment essayé de me discréditer, enfin, je n'ai pas forcément envie de revenir dans les détails, mais ça a été beaucoup d'histoires sur le fait que je ne sois pas capable, que je sois issue d'un autre domaine professionnel, et toujours indirectement hein, les attaques. On a monté des histoires plus ou moins fantaisistes. »
(Mme M. 32 ans. Handicap psychique).*

D'autres déplorent un état de santé dégradé après de nombreuses années de travaux pénibles. Pourtant, ces personnes n'expriment pas de rancune ou de colère. Si le travail les a affectés physiquement, elles ont conservé une bonne estime d'elles-mêmes et évoluent dans un environnement gratifiant.

« J'ai 48 ans, c'est important de le dire ça fait trente-deux ans que je travaille, et j'ai commencé par ouvrier du bâtiment, pendant douze ans. Comme ferronnier d'art, c'est un travail très manuel et très fatiguant. Déjà dès les premières années ça m'a un peu pris le dos. C'est l'addition de tout ça qui a cassé ma carrière, ça m'a cassé tout. (...) Là en ce moment je me sens un peu désemparé. Même si ça s'est stabilisé... j'ai plusieurs pathologies et ça me fatigue, ça me fait mal, ça me fatigue la vie. Et d'un autre côté j'ai envie de travailler, 48 ans ce n'est pas vieux, et j'ai envie de continuer mon travail dans cette société-là parce que j'adore ce travail-là. (...) Là, j'ai loupé neuf mois j'ai une prime quand même. L'an dernier j'ai eu 1700 euros de prime, et là, il y a un mois j'ai eu encore 2000 euros de prime alors que j'étais absent depuis au moins six mois. C'est peut-être parce que je suis à fond dans mon travail, que je suis gentil, je rends service, que je me coupe en quatre pour tout le monde. (...)

*Mes collègues sont très gentils, très sympas, mais ça pèse. Parce qu'ils ont leur boulot et ils prennent le mien. Si vous voulez ce qui est bien c'est qu'ils savent que ce n'est pas du chiqué. »
(M. E. 48 ans. Trouble de santé invalidant).*

Des raisons multiples pour la demande la RQTH

Les raisons qui président à la demande de reconnaissance de travailleur handicapé apparaissent très diversifiées.

Une première raison pour effectuer une demande de RQTH est celle de la reconversion professionnelle.

*« C'est surtout en vue d'une reprise et donc ça me permettrait d'avoir des postes moins difficiles. Et puis j'ai eu un poste fixe l'année dernière mais comme je n'ai pas repris le travail, j'ai perdu mon poste. Donc ils m'ont conseillé de prendre des remplacements de courte et moyenne durée et justement avec la maison du handicap, ils me mettraient sur des postes pas trop difficiles. »
(Mme V. 56 ans. Handicap psychique).*

La RQTH est considérée comme un joker dont la personne fera état ou non selon les évolutions de sa carrière et des tâches qui peuvent lui être proposées par sa direction.

*« Un jour, j'ai été convoqué, je ne savais pas pourquoi. Je ne savais pas ce qui se passait. Et puis, je suis tombé sur ma hiérarchie qui me dit, pour faire court : «Bon, ça ne va pas. Les autres font ça, ont telles statistiques, vous, ça ne va pas, ça ne va pas, ça ne va pas». Je n'ai pas trop apprécié la façon dont ça a été présenté. Et après, on a voulu me balancer en succursale. Moi, ça ne m'a pas plu. (...) [La RQTH] c'est aussi ma défense, c'est-à-dire que le jour où on voudra m'envoyer en succursale, à ce moment, je peux sortir mon papier et dire : «Ecoutez, il n'en est pas question, la preuve est là et l'interdiction est là. J'ai le soutien derrière. J'ai la reconnaissance de travailleur handicapé et la médecine du travail est derrière moi pour dire que je ne suis pas sur des postes que je ne peux pas tenir». Donc, ça me fait une pression en moins. »
(M. L. 49 ans. Trouble de santé invalidant).*

En second lieu, la reconnaissance de travailleur handicapé est demandée pour anticiper un possible licenciement.

*« L'assistante sociale m'a dit en cas de licenciement, ça peut aider à retrouver un emploi plus facilement, quoi. Un emploi ou une formation. Bon, je vais avoir 47 ans. Je ne peux pas rester comme ça sans travailler. Je suis entre les deux feux parce que je ne sais pas ce que mon patron va me proposer et donc j'attends. »
(M. G. 47 ans. Trouble de santé invalidant).*

Une troisième raison concerne la reconnaissance **sociale**, qui permet de prendre en considération la parole de la personne et de reconnaître la véracité de sa situation de handicap. Dans ce cas

les bénéfices concrets de la RQTH apparaissent secondaires.

*« Déjà pour moi personnellement, psychologiquement, déjà ce serait une victoire, à ce niveau-là, dans le sens où, j'ai tellement subi qu'avoir au moins cette reconnaissance ça prouverait qu'on reconnaît qu'effectivement j'ai un souci de santé, que c'est contre ma volonté, que ce n'est pas une question de vouloir ou ne pas vouloir, contrairement à ce qu'on peut croire. Après, je me dis que ça pourrait me permettre de postuler autre part, et peut-être de trouver un poste plus facilement. »
(Mme M. 32 ans. Handicap psychique).*

Le devenir des personnes

Quelques mois après la notification de la RQTH, la situation des personnes en emploi a évolué, vers un maintien réussi ou vers un licenciement.

La RQTH a eu des effets extrêmement bénéfiques pour certaines personnes. En interne dans l'entreprise, un aménagement de poste leur a été proposé, ou une reconversion valorisante assortie d'une promotion. A leur grande surprise, elles découvrent que leur statut de travailleur handicapé est bien accepté de leur direction, qu'elles attribuent à un effet « obligation d'emploi ».

*« J'ai senti avec l'assistante DRH quelque chose de positif et ça m'a surpris et chez nous ils aident tous les gens et comme ça. On m'a expliqué que les grands groupes comme ça ont moins d'impôt à payer. »
(M. E. 49 ans. Trouble de santé invalidant).*

Elles se sentent surtout beaucoup plus libres et soulagées de pouvoir aborder la question de leur situation de handicap sans se sentir stigmatisées.

« J'avais peur qu'en faisant la demande, ça allait amorcer comment dire un engrenage qu'on n'aurait pas pu arrêter, alors que ça a été le contraire.(...) Pour ce qui a changé, c'est le mental, la reconnaissance c'est qu'on est

reconnu. On est des gens qui souffrent, il y a des gens qui ont des handicaps moteurs, mais ça peut être la fatigue, la douleur, et c'est ça qui m'use. Si je n'ai pas été voir avant la MDPH, c'est le mot handicapé qui me faisait peur, pour moi, je n'étais pas handicapé, car pour tout le monde handicap moteur c'est tétraplégique et toutes ces choses là.

*A la MDPH, on m'a bien expliqué, si vous avez telle ou telle maladie, s'il faut vous arrêter toutes les deux heures pour vos yeux, rester assis pour votre polyarthrite, alors là, le mot handicap ne prend plus le même sens. »
(M. E. 49 ans. Trouble de santé invalidant).*

Si les problèmes financiers ne sont pas résolus, il n'y a aucune confusion dans l'esprit des personnes sur les apports de la RQTH et la résolution de leurs problèmes de surendettement.

La situation d'une autre personne ne semble pas véritablement stabilisée. Certes, elle a repris un emploi en temps partiel thérapeutique, mais sa situation de handicap ne semble guère améliorée. Elle exerce toujours la même profession, et elle exprime une grande souffrance à la reprise.

*« J'ai repris hier. Alors, je ne sais pas, il faut que je me renseigne, je ne sais pas si mon mi-temps thérapeutique va jusqu'à octobre ou jusqu'à fin janvier. Et puis après, je ne sais pas du tout ce que je vais faire parce que je ne me sens pas capable de reprendre à temps plein, ça me paraît difficile et comme je n'ai pas toutes mes années pour la retraite... je serais à mi-temps mais payée à mi-temps donc là ça sera un peu difficile. Donc tout ça, c'est des soucis concernant mon avenir. »
(Mme V. 56 ans. Handicap psychique).*

Elle ne considère absolument pas que sa situation actuelle puisse perdurer, et élabore diverses stratégies pour y échapper, depuis le changement d'établissement près de son domicile jusqu'à la demande de carte verte pour vivre et travailler aux USA.

Une autre encore « échappe » à sa situation de handicap en se focalisant sur l'enfant qu'elle vient d'avoir, qui occupe toutes ses pensées et qui lui évite de se poser des questions trop angoissantes pour l'avenir. Elle a du mal à se projeter à la fin de son congé parental dans une reprise d'emploi.

*« Je ne sais pas comment je vais être accueillie, je ne sais pas où on va me mettre. J'essaie de ne pas y penser en fait parce que je me dis que ça ne sert à rien de me rendre malade à l'avance alors que je ne sais pas comment ça va se passer le moment venu, alors j'envisage ma reprise... j'essaie de ne pas y penser et de revenir travailler en étant le plus sereine possible et en me disant que le plus important c'est la santé de mon petit garçon et mon foyer. »
(Mme M. 32 ans. Handicap psychique).*

Elle semble assez dépitée de ne pas avoir obtenu l'AAH, et souhaite effacer la MDPH de ses pensées.

« C'est difficile même avec certificats médicaux, même avec preuves à l'appui, avec suivi médical, je me demande quels sont leurs critères, j'avais fait appel une 1ère fois, une 2ème fois, après j'ai déménagé donc j'ai laissé tomber et maintenant, c'est derrière moi, maintenant je construis mon foyer et donc voilà. (...)

*J'ai arrêté de me battre parce que je préfère me concentrer sur ma santé et sur mon bien-être plutôt que de batailler, surtout sachant que je ne suis pas bien et qu'en plus, si je dois batailler contre l'administration, c'est pas la peine. Honnêtement, je n'ai plus envie de me battre, je me suis suffisamment battue, maintenant, mon centre d'intérêt c'est mon enfant, ça donne beaucoup de forces quand on a un enfant, donc voilà maintenant, ma priorité c'est mon petit garçon et j'essaie de continuer à me reconstruire et j'avoue que mon petit garçon m'aide beaucoup... J'ai un peu tourné la page par rapport à ça et je n'ai plus envie de batailler pour ça parce que je n'ai pas l'énergie pour, de toute manière. »
(Mme M. 32 ans. Handicap psychique).*

D'autres personnes ont été licenciées. Cependant, leur situation reste encore stabilisée. Récemment au chômage, elles perçoivent les Assedic et ne rencontrent pas de difficultés financières trop importantes. Elles ont surtout enchaîné directement sur un projet de formation, en réponse à leur demande formulée à la MDPH. Rencontres avec l'Afpa, choix d'une orientation puis d'une formation : les personnes vont rapidement de l'avant, avec une certaine confiance dans leur avenir et dans les opportunités d'emploi qui seront ouvertes par la formation.

Pour ces personnes en poste ou en arrêt de travail, la RQTH n'est pas toujours demandée dans un objectif immédiat de maintien dans l'entreprise. Les personnes n'envisagent pas forcément de rester dans leur entreprise, mais sont également susceptibles de faire une formation. La mobilité n'est pas envisagée directement comme une mobilité dans un autre emploi au sein de la même entreprise, mais plutôt comme la mobilité dans une autre entreprise⁸². Le souci de défendre ses droits, son statut, son identité (sa dignité ?) professionnelle est également très présent. La reconnaissance s'accompagne aussi, dans ce cas, d'un besoin de considération...

⁸² Certaines de ces personnes ont signalé être sans emploi dans la fiche de situation alors qu'elles étaient en emploi (y compris en arrêt) au moment de la remplir.

3.2.4. Les personnes « réorientées »

Les personnes correspondant à ce profil ont acquis une expérience professionnelle conséquente, mais dans un seul métier ou un seul type de métier. Elles revendiquent une identité forte du métier.

Elles sont parfois sans diplôme ; d'autres fois elles possèdent un diplôme, mais ancien, et elles n'ont pas bénéficié de formation continue en cours d'emploi.

La situation de handicap s'est souvent déclarée en cours d'emploi, parfois comme conséquence des conditions de travail.

*« Ce handicap en fait qui vient des conditions de travail, directement des conditions de travail, c'est à dire la non adaptabilité souvent du matériel dans les restaurants de collectivités, et donc un travail où il faut faire 400 fois les mêmes gestes en 1h avec quelqu'un qui dit « plus vite, plus vite. »
(M. N. 54 ans. Trouble de santé invalidant).*

Parfois une succession/accumulation d'événements privés fait basculer la personne dans une situation de handicap.

*« J'ai eu un premier problème quand mon père a eu un cancer. J'étais enceinte de mon 2e enfant donc c'était un petit peu dur à gérer, mais j'ai continué à travailler. En 2001, j'ai le père de mon enfant qui est décédé. Donc là, j'ai été arrêtée deux années consécutives, avec un refus total de me prendre en charge du côté médical, etc. A ce moment-là, ma mère a beaucoup pris le relais pour les enfants. Et au final, en 2005, il y a eu le décès de ma mère. J'ai été hospitalisé deux mois en HP avec un traitement, pas dans la capacité de travailler. »
(Mme F. 40 ans. Handicap psychique).*

Une personne a vécu une situation professionnelle particulièrement catastrophique durant des années.

*« Quatre ans, ça fait quatre ans que j'ai dormi à la cave. Au début, j'avais une chambre, et puis, comme il [le directeur] est avare d'argent, la chambre il l'a louée. Il m'a dit : « Tu vas dormir en bas, tu seras bien ». Et après, comme l'hôtel était toujours plein, qu'est ce que vous voulez faire, là... Au sous sol, avec les souris. [Sans fenêtre] Je fermais la lumière quand je dormais, mais sinon, en plein hiver, il fallait la laisser allumée. [Sans chauffage] C'est des plaques de bétons. Une plaque électrique et puis un lavabo comme salle de bains. »
(M. R. 55 ans. Handicap moteur).*

Ce sont en majorité des personnes ayant dépassé la quarantaine, qui se retrouvent au chômage après plusieurs dizaines d'années d'expérience professionnelle.

Les personnes qui sont restées en poste des dizaines d'années découvrent douloureusement la recherche d'emploi.

*« Cherché ? Oui. J'ai entendu dire qu'il y avait un poste auprès de telle banque. J'ai envoyé ma candidature, j'ai eu une réponse négative. A la P. j'ai écrit. Si je n'ai pas de réponse sous trois mois, ça vaudra dire que c'est négatif. Les trois mois sont passés. J'ai envoyé d'autres candidatures... J'ai remis des CV avec des lettres de motivation à des personnes... dès que j'entends parler de quelque chose... J'attends avec impatience l'été, parce que l'été je vais toujours au même endroit, il y a toute la famille qui est là-bas, je pense que c'est peut-être par relation que... J'ai encore la naïveté de croire ça. Faut positiver et j'ai l'intention d'en parler pas mal cet été pour retrouver, lier ou relier les personnes qui seraient à même de... ne serait-ce que me dépanner.
Je suis inscrit à l'Apec, les petites annonces, les centres et autres. Je suis allé la semaine dernière au salon des seniors. Je me suis aperçu qu'il y avait plus de poste de, entre guillemet, de... je n'ai pas peur de le dire... de négriers, d'exploiteurs, de personnes qui vous disent «Oui vous venez si vous avez trouvé un travail, on vous fait le contrat de travail par rapport à l'employeur que vous avez trouvé», handicapé ou pas. »
(M. C. 55 ans. Handicap moteur).*

*« Moi je cherche, bon, mais c'est très difficile. J'ai fait vingt-trois demandes, j'ai eu deux réponses négatives et c'est tout, alors que les autres ils ne m'ont pas répondu, niveau correction, ça va pas du tout, parce que moi j'ai écrit, j'ai envoyé un CV, ils ont passé des annonces dans les journaux, j'ai répondu, jamais ils ne m'ont renvoyé un courrier en disant 'Monsieur, on s'excuse, vous comprenez qu'on n' a pas de place, ou le poste est occupé', rien du tout. (...) Et après, je n'ai pas arrêté d'envoyer des courriers, maintenant, je n'en envoie plus, parce que bon, ce n'est pas la peine, les gens ne répondent pas. Alors bon, qu'est ce que vous voulez faire. »
(M. R. 55 ans. Handicap moteur).*

La maladie ou la maladie professionnelle est parfois le déclencheur de la perte d'emploi. Les personnes expriment un sentiment d'injustice, mais aussi beaucoup de résignation face à la maladie qui leur aura ôté travail, argent, logement...

Lorsque la maladie est jugulée, les personnes éprouvent au moins la satisfaction de recouvrer un bon état de santé, et de pouvoir imaginer un avenir possible avec moins de souffrances.

« Je veux continuer à travailler. Je ne veux pas que ça me pénalise d'avoir fait ce traitement. Ce qui m'a pénalisé en perdant tout ce que j'ai, le fait d'être malade m'a pénalisé. Au fond, même

avec les meilleures pensées du monde, ça a été injuste, il faut le dire.

(..) Je me suis pas vu comme une personne qui n'est pas comme les autres, absolument pas, du tout. Je ne vois pas le handicap comme ça. C'est une fragilité, c'est des choses dans la vie. C'est la faute à personne. Moi, j'ai eu un traitement. Qu'est-ce qu'on peut faire avec ce qui reste ? De quelle façon, ça peut aller mieux, parce qu'après, il faut voir après. J'ai beaucoup lu sur la résilience. C'est vraiment ça. Quand on a un malheur, il faut chercher le bon côté. Parce que si on voit le mauvais, on voit noir. »

(Mme C. 43 ans. Trouble de santé invalidant).

De lourdes problématiques sociales

Les personnes rencontrent de fortes problématiques sociales, des problèmes de logement, de surendettement... Le licenciement a fait chuter les revenus des personnes, d'abord avec les indemnités Assedic, puis en basculant dans les minima sociaux après le délai légal des Assedic.

« Le RMI, juste le RMI. J'ai 600 euros de loyer parce que je devais avoir cet emploi... A mon arrivée, au point de ne plus avoir d'indemnité chômage et de tomber au RMI. Quand on passe d'un salaire de 3500 euros à 300 euros par mois. Je ne pense pas que ce soit vraiment un choix. »

(M Q. 43 ans. Trouble de santé invalidant).

« Je perçois une pension d'invalidité. À 595 euros nets. Sachant que je suis seule pour élever mes deux enfants. Bon, j'ai des aides par la CAF... »

(Mme F. 40 ans. Handicap psychique).

« J'ai reçu des indemnités parce que le fait d'avoir une maladie professionnelle liée à une inaptitude, les indemnités de licenciement sont doublées. Comme ils m'avaient repris avec mon ancienneté, j'avais 30 ans d'ancienneté, ça me fait un peu d'argent mais franchement c'est peanuts... Donc je vis avec ça, avec mes deux mois de préavis en attendant de voir sur quelle base je vais repartir, sur quels revenus je vais repartir. »

(M. N. 54 ans. Trouble de santé invalidant).

Les problèmes financiers s'accumulent et provoquent par ricochet d'autres catastrophes.

« Là je suis en passe de perdre mon appartement. J'essaye de garder le cap, mais là j'ai été jusqu'au bout, au niveau financier... La situation est que si je ne retrouve pas un travail, si je ne fais pas une formation pour me reclasser ou quoi que ce soit, je vais dans une impasse... Si je perds mon appartement, je perds tout. »

(M Q.. 43 ans. Trouble de santé invalidant).

« Là j'ai passé un hiver terrible, mais vraiment terrible, à tous les niveaux, je n'étais pas bien, et financièrement aussi, j'ai eu droit aux Restos du cœur, au Secours populaire, je n'ai pas eu le choix. Je ne pensais pas que je me retrouverais avec aussi peu d'argent.

Et puis maintenant, il y a plein, plein de choses qui s'ajoutent, puisque je vais, normalement je dois rendre l'appartement que j'occupe dans cinq mois... » [deux enfants à charge]

(Mme F. 40 ans. Handicap psychique).

« Dans le dixième arrondissement, et l'immeuble est insalubre. Alors mon appartement n'est pas insalubre parce que j'ai beaucoup disposé dedans. Je suis très attentif aux nuisances, aux cafards par exemple, ou autres bestioles, les souris. Donc, j'ai mis un chat pour les souris et un répulsif à cafard... »

(M. S. 39 ans. Handicap psychique).

Les personnes paraissent globalement assez déprimées, ce qui met naturellement un frein à une recherche d'emploi ou à une projection dans l'avenir.

*« En fait je vis au jour le jour, et au jour le jour je me dis bon, eh bien aujourd'hui c'est passé, on va essayer de vivre demain, et puis demain on va essayer de vivre après-demain mais je n'arrive pas à projeter quelque chose en ce moment. »
(M. N. 54 ans. Trouble de santé invalidant).
« J'ai envie de dormir... c'est dormir pour qu'on*

puisse oublier. Comme les gens qui boivent, ils se réfugient dans l'alcool pour oublier, moi c'est le sommeil. Des fois, je voudrais doubler ou triple les doses, prendre des médicaments et oublier ce qui m'entoure. Pour l'instant, je n'ai pas de travail... »

(Mme F. 40 ans. Handicap psychique).

Un accompagnement complexe

Les personnes au chômage sont accompagnées principalement pour leur état de santé par les médecins, médecins généralistes ou spécialistes. Ceux-ci gèrent uniquement l'aspect médical, et parfois n'interviennent pas dans les aspects sociaux ou administratifs nécessaires à la demande de RQTH, par exemple. Les personnes sont renvoyées du généraliste au spécialiste, sans bien comprendre qui peut ou doit remplir les papiers administratifs.

L'accompagnement social est assuré en majorité par les assistantes sociales. Là encore, des personnes peuvent vivre des situations pour le moins opaques.

*« C'était le RSA. Quand l'assistante sociale, vous dit : « Il faut que je regarde les textes, parce que je sais pas trop ce que c'est que le RSA. » Là vous vous dites : « Si l'assistante sociale sait pas ce que c'est que le RSA, qui saura ? »
Et il y a plein de choses comme ça, il y a plein de dysfonctionnements. C'est ce que m'a dit mon assistante sociale : « Mais monsieur, il y a plein de dysfonctionnement dans l'administration et voilà. Vous avez fait les démarches, il faut être patient. » Qu'est-ce que je fais pendant ce temps, je crève ? Quand je dis ça, elle me dit « Ne dites pas ça... » Voilà, c'est l'incompréhension totale. On vous envoie d'un bureau à un autre, d'un service à un autre : « Ah bah non, c'est elle qui s'en occupe ; Ah bah non, elle fait que l'emploi ; Non, là c'est que l'électricité ; C'est que le gaz. » Donc il y a quatre personnes qui gèrent un dossier. Donc voilà, c'est un peu compliqué. »
(M. Q. 43 ans. Trouble de santé invalidant).*

Peut-être que la multiplicité des besoins, tant sur le plan de la santé que sur le plan social, rend plus complexe le suivi et l'accompagnement des personnes, chaque professionnel ne pouvant gérer qu'un fragment de la situation.

Les ressentis vis-à-vis de l'accompagnement par le Pôle emploi sont divers et dépendent des expériences individuelles des personnes en situation de handicap. Pour certaines, la rencontre avec un professionnel de Pôle emploi est positive et synonyme d'espoir.

*« Mais peut-être pour la première fois depuis pas mal de temps, quand j'ai rencontré la personne du Pôle Emploi, j'ai eu l'impression quand même qu'elle pouvait éventuellement me comprendre, j'espère. »
(M. Q. 43 ans. Trouble de santé invalidant).*

Pour d'autres au contraire la rencontre n'aboutit pas de façon positive.

*« La femme m'a même dit : « ça ne sert à rien qu'on vous reconvoque dans trois semaines de toute façon... ». Je le savais dès le départ, donc ça, ce n'est pas évident par contre dans ma tête, d'attendre en sachant qu'il y a rien. »
(M. N. 54 ans. Trouble de santé invalidant).*

Une formation obligatoire

La demande de RQTH est ressentie comme une protection qui sera nécessaire devant un prochain employeur, protection qui a manqué précédemment et qui a abouti au licenciement de la personne.

*« Le fait d'être reconnue pour mon état réel... Je pense que ça peut m'aider énormément pour ne pas qu'il m'arrive ce qu'il vient de m'arriver. Je serai protégée au niveau de mon prochain patron. Je pense que oui. (...) C'est une sorte de protection. Le fait d'être reconnue, ça justifie ce que je peux raconter sans que les gens le voient. Le fait d'être reconnue, je pense que je serai mieux encadrée, je pourrai peut-être mieux m'épanouir sans mettre en danger ma santé. »
(Mme C. 43 ans. Trouble de santé invalidant).*

*« Mais étant reconnu travailleur handicapé, je pense avoir la priorité sur d'éventuelles embauches, au sein de la mairie de Paris, par exemple, ou au sein de grosses sociétés qui ont leurs quotas ou qui respectent plus ou moins leur quota de travailleurs handicapés, après la discrimination positive, au sein de leur recrutement. (...) J'étais très ouvert, et puis j'ai commencé à travailler si vous voulez à quinze ans, donc les boulots, je connais. Et je désirais, enfin je souhaitais reprendre une activité dans mes cordes assez rapidement. Et effectivement, ce statut de travailleur handicapé me fournit une priorité à l'emploi, donc c'est pour ça que je l'ai acceptée. »
(M. S. 39 ans. Handicap psychique).*

Les demandes à la MDPH viennent pallier l'absence de solutions des autres organismes. Ainsi, une personne qui n'a pas trouvé de solution auprès de Pôle emploi fonde beaucoup d'espoir dans ses demandes de RQTH et d'appui à la recherche d'emploi.

*« J'attends quelque part beaucoup plus de la MDPH parce que quand je suis arrivé au Pôle emploi, je savais qu'ils ne pouvaient rien faire pour moi parce que j'arrive avec 30 ans d'un métier que je ne peux plus exercer, donc j'arrive sans qualification. J'arrive à 54 ans sans aucune qualification réelle pour le marché du travail. »
(M. N. 54 ans. Trouble de santé invalidant).*

Toutes les personnes pensent qu'il est absolument nécessaire pour elles de passer par une formation pour accéder à un nouvel emploi. Le métier qui a été exercé pendant des années ne sera jamais plus accessible. Envisager la reconversion n'est pas chose aisée, que ce soit pour lâcher un métier dans lequel les personnes ont pu s'épanouir pendant des décennies, ou pour aborder l'inconnu du changement de métier. Les personnes en situation de handicap peuvent en effet exprimer un fort attachement au métier exercé, et conjointement aborder avec réalisme la nécessité du changement de métier.

*« J'aime beaucoup l'hôtellerie, je travaillais dans une petite structure où je faisais tout. C'était très enrichissant. Je me suis vraiment... investie et épanouie. J'ai toujours travaillé. C'est la première fois que je serai au chômage. J'aurais voulu garder ce travail. Malheureusement, ça s'est présenté comme ça. (...) J'ai deux filles qui doivent apprendre que, le travail et l'action, c'est ce qui fait aller de l'avant. Et aujourd'hui, il faut que je m'y mette, il faut que j'accepte cette situation de chômage, mais ce sera pour quelque chose de bien. Je serai en train de me former, je serai en train de voir... Comme on dit, la deuxième tranche de vie. Parce qu'il me reste encore la moitié, je n'ai pas le choix. »
(Mme C. 43 ans. Trouble de santé invalidant).*

*« J'avoue franchement que, le reclassement, ce n'est pas toujours quelque chose de facile. On a des passions, mais, les passions, c'est pas toujours ce qui fait vivre. Je dois conjuguer mes capacités et les choses que j'ai pu faire, optimiser mes compétences aussi. »
(M. Q. 43 ans. Trouble de santé invalidant).*

« Par exemple j'ai une réunion CV, alors le premier truc CV faut mettre un titre, j'ai même pas de titre à mettre. Je ne peux pas mettre l'ancien titre, je ne demande pas cette place. Déjà, au départ, je me trouve souvent bloqué... Je n'ai aucune expérience à proposer, je vais faire un CV, je vais aller dans un magasin de vente, ou je vais aller en médiathèque, ou même dans le square ou n'importe, quel que soit le travail, sans compétences minimum, je vais donner mon CV. Le gars il va me dire :

*« vous ne m'intéressez pas, moi je en cherche pas un cuisinier ». C'est tout bête, donc je suis obligé de passer par une formation. »
(M. N. 54 ans. Trouble de santé invalidant).*

*« Et le fait de se reclasser... Bon, j'ai vécu suffisamment aux Etats-Unis pour avoir un esprit de dire : «Demain, je suis banquier, demain je suis fermier.» Ce n'est pas gênant. J'ai demandé des stages aussi à l'ANPE... Je me suis dit «Je ne trouve pas de travail, je n'y arrive pas donc il faut que je trouve autre chose.» »
(M Q. 43 ans. Trouble de santé invalidant).*

Les représentations du handicap

Ces personnes qui ont fait partie du monde du travail pendant de nombreuses années semblent très mitigées sur le fait de parler de leur situation de handicap. Des personnes estiment que leurs ennuis professionnels ont commencé du jour où elles ont parlé ouvertement de leur situation de handicap (psychique) ; certaines le regrettent, et en tout cas ne souhaitent pas renouveler les déclarations auprès de leurs employeurs et collègues. Un homme envisage même de déclarer une situation de handicap moteur (qui n'a aucune conséquence de santé dans son emploi) plutôt que sa situation de handicap psychique.

*« La schizophrénie, il y a 1 % de la population qui en souffre, pour la France, ça fait 600 000 personnes, ce qui est important, donc ça n'est pas si grave que ça. Mais ça peut être handicapant. Bon, alors évidemment, il n'est pas question que je me présente dans un entretien d'embauche en disant : « excusez moi, je suis schizophrène », parce que la majeure partie de la population pense que le schizophrène est un individu extrêmement violent qui tue en série, etc. Alors que pas du tout. Donc je me présenterais plutôt comme adulte handicapé à cause des broches sur la jambe, voilà. »
(M. S. 39 ans. Handicap psychique).*

« C'est quand il y a eu des restructurations et des restructurations, que moi, j'ai dit au médecin que j'ai perdu ma mère, que là ça a été la catastrophe. Il y a des choses qu'il ne faut jamais dire, parce que ce n'est pas encore compris que l'on peut aller en hôpital psychiatrique, qu'on ne s'en sort pas, qu'on est marqué à vie, que jamais on ne redeviendra normal, et que ça peut arriver à tout un chacun.

C'est moi qui ai appelé le service, je leur ai dit : « voilà, je suis hospitalisée à Esquirolles », – « c'est quoi Esquirolles » – « c'est un hôpital psychiatrique à Saint-Maurice et je ne sais pas combien de temps j'y reste... » C'est moi carrément qui l'ai dit. C'était la vérité, je n'allais pas inventer que je m'étais cassé la jambe. Ça, je crois que c'est la chose qui m'a porté le plus préjudice. (...)

*Quand on se présente quelque part, normalement on n'a pas le droit de vous demander pourquoi on a cette reconnaissance de travailleur handicapé mais quand on n'a pas de fauteuil ou qu'on n'a pas de canne blanche, ou qu'on n'est pas sourd, qu'on n'a pas quelque chose de physique, les recruteurs le demandent. Moi, je l'assume, moi j'assume, j'explique... je sais qu'ils n'ont pas le droit de le demander mais tous les gens à qui j'ai eu à faire me l'ont toujours demandé. »
(Mme F. 40 ans. Handicap psychique).*

Le devenir des personnes

Quelques mois après la notification de la reconnaissance de travailleur handicapé, une personne est en poste en contrat en durée déterminée, et estime donc très positif le recours à la MDPH.

*« Cette reconnaissance adulte handicapé m'a permis d'accéder aux emplois prioritaires donc, ça m'a permis de retrouver un emploi, ce qui est déjà une grande chose. »
(M. S. 39 ans. Handicap psychique).*

La situation de la personne qui logeait dans une cave s'est considérablement améliorée. Elle poursuit un parcours auprès des divers organismes dédiés, se sent bien accompagnée, et montre un réel allant/une réelle motivation pour mettre en œuvre la suite de sa carrière.

*« J'ai eu l'accord de la MDPH, je l'ai eu 6 mois après... Actuellement je suis au chômage, aux Assedics. Je me suis dirigé à Handipass l'agence pour l'emploi pour les handicapés, et j'ai pris l'option de prendre le Cap emploi du 19^e ; ensuite le Cap emploi m'a orienté vers Emergence qui se situe dans le 13^e arrondissement. Ils suivent le dossier, c'est efficace. Ils vont me trouver un stage à faire la semaine prochaine ou, au plus tard, au début du mois. (...) Je vais dans le 13^e toutes les semaines. Il y a un suivi permanent. Les gens s'occupent vraiment de vous. Ils ont mon numéro de téléphone, s'il y a quelque chose, on m'appelle ! Et pour ce qui est de Cap emploi, là-bas, c'est pareil, on est très bien reçu, très bien accueilli. Ils font toutes les démarches. Ils vous expliquent tout, toutes les propositions... c'est clair ! Je n'ai que du bien à en dire. (...) Ensuite j'ai aussi postulé au niveau de la Mairie de Paris pour un concours à un poste d'agent d'accueil. (...) Je vais me concentrer là-dessus parce qu'il n'y a que dix places donc il ne faut pas que je me rate, il faut que je réussisse absolument... »
(M. R. 55 ans. Handicap moteur).*

Cependant, faute d'avoir été informée à temps, elle n'a pas pu bénéficier des services du Sameth. Elle a pourtant été informée par la notification de la MDPH, mais elle s'est fait licencier avant de connaître ses droits. Elle se retrouve donc au chômage alors que sa situation aurait été plus acceptable si elle avait été accompagnée dans le cadre du maintien.

*« Ils avaient un organisme qui faisait la transition entre l'employé et le patron pour essayer de trouver un emploi adéquat et tout ça mais avec moi, ça ne s'est pas réalisé (...) C'était trop tard, j'étais licencié... On ne peut pas retourner en arrière »
(M. R. 55 ans. Handicap moteur).*

D'autres personnes en situation de handicap sont toujours à la recherche d'un emploi. Parfois, le choc du regard ou de la considération des autres a été brutal, pour des personnes quadragénaire ou quinquagénaire qui font état de leur situation de handicap pour la première fois.

*« Je suis toujours à la recherche d'un emploi et je viens d'avoir 55 ans, donc c'est très difficile de retrouver du travail. Pourtant je cherche. J'ai été très choqué par une chose au niveau du handicap, je suis allé à un salon à la grande Halle de la Villette pour les seniors, j'ai eu un entretien avec une personne d'une compagnie d'assurance, et à la fin de l'entretien, on présente son CV, on essaie de se vendre, et je dis : « Je ne sais pas si ça peut intéresser G. pour son quota, mais j'ai également une carte de travailleur handicapé, j'ai des déficiences uniquement physiques dues à des accidents ». Et la personne m'a dit : « Nous ne recrutons des personnes que sur leurs qualités et pas leurs défauts »... Heureusement, c'était la fin de l'entretien, j'étais scié, en plus c'est une compagnie d'assurance. Tout le monde m'a conseillé de ne pas mettre en avant le fait que je sois handicapé, donc je ne le fais pas. »
(M. U. 55 ans. Handicap moteur).*

Alors que les personnes pouvaient penser que la RQTH allait constituer une aide notable pour la recherche d'un emploi, la réalité est parfois une déception.

*« Déjà, je n'ai pas eu beaucoup d'entretiens, j'en ai eu deux, je ne vais pas gâcher mes peu de chances. J'ai trop peur. On m'a dit : « Votre employeur sera très content quand il vous aura embauché d'avoir une personne qui peut rentrer dans son quota et que le handicap peut être acceptable pour l'entreprise. » Mais, je ne le mets pas en avant, contrairement à ce que je croyais, je croyais que ça allait être un support, ça ne m'a pas aidé. (...) Par rapport à mon dossier, je ne sais pas ce que la MDPH peut me donner de plus que cela, je pensais que ça allait être un soutien à mes recherches, mais en fait non. »
(M. U. 55 ans. Handicap moteur).*

Des personnes sont en formation, même si parfois la formation ne correspond pas à leur véritable souhait : une personne fait une formation courte de secrétariat alors qu'elle souhaite une formation de trois ans d'assistante sociale, une autre fait une formation en CRP dont il n'a pas vraiment choisi le domaine. Les personnes ont parfois le sentiment que le temps accordé à l'orientation est trop rapide. Elles n'ont pas vraiment eu le temps de réfléchir. Elles pensent également que les domaines qui les intéressaient étant sans débouchés, ils avaient été rapidement écartés. Elles doivent alors accepter des formations qui les intéressent moyennement ou pas, mais dans lesquelles elles auront une place. Avec un brin de fatalisme, elles constatent qu'il ne faut pas trop en demander pour un « jeune débutant de 57 ans », qui n'est pas en train d'élaborer son choix de carrière comme s'il en avait 25. Elles ont par ailleurs une vie familiale qui peut compenser le moindre intérêt du travail, et permettre de relativiser les années qui restent en emploi.

Des regrets sont exprimés par rapport à la demande adressée à la MDPH. Mal formulée,

remplie sans l'aide d'un professionnel, la demande ne correspond pas au souhait ou à la situation de la personne. Cette dernière se voit parfois confirmer qu'elle a mal évalué sa situation et qu'elle s'est fourvoyée dans ses démarches.

*« Je n'étais pas orientée ; je ne sais pas, je suis allée chercher ...je crois à la Sécurité Sociale et j'ai rencontré une assistante qui m'avait donné un formulaire, c'était l'ancien formulaire et je l'ai remplie toute seule à la maison. Après on m'a donné une adresse et on m'a dit : « vous pouvez l'envoyer là bas » et je l'ai envoyé. Donc j'ai coché comme je le pouvais, j'ai marqué ce que je pouvais, je l'ai fait rapidement puisque je n'avais aucune idée de ce que c'était vraiment. Je l'ai fait comme ça... sans expliquer tout. Par contre quand j'ai contacté le Cap emploi, cette personne, elle m'a dit : « Non, il fallait bien expliquer vos problèmes, c'est beaucoup plus compliqué que ça et vous perdez vos droits comme ça ; essayez de renvoyer une lettre. »
(Mme C. 43 ans. Trouble de santé invalidant).*

Les personnes ayant exercé la même activité professionnelle pendant plusieurs dizaines d'années sont dans une problématique de reconversion obligée sur des acquis anciens ou non valorisés. Elles expriment souvent le regret de devoir abandonner leur ancien métier mais elles reconnaissent avec pragmatisme la nécessité de changer de métier.

Elles pensent que leur expérience passée ne pourra jamais être reconnue ou utilisée dans un prochain métier, et estiment que leur reconversion passe par une formation qualifiante.

Bien qu'elles soient confrontées à des situations sociales et financières extrêmement difficiles, globalement ces personnes voient leur avenir avec un certain optimisme. Elles n'ont jamais connu le chômage, et font plutôt confiance aux possibilités ouvertes par une formation.

3.2.5. Les personnes « précaires »

Les personnes correspondant à ce profil sont d'origine étrangère, européenne ou non communautaire, et à ce titre ont deux problématiques spécifiques : une première d'ordre linguistique, et une seconde d'ordre administratif (carte de séjour).

Les problèmes linguistiques ou d'illettrisme sont un frein, notamment, à la recherche d'une formation. En effet, la maîtrise de la langue constitue un pré-requis indispensable pour quasiment toutes les formations. Les personnes en situation de handicap d'origine étrangère qui ont une pratique récente de la langue française doivent donc s'engager en premier lieu dans une formation linguistique avant de pouvoir effectuer une formation professionnalisante.

Les problèmes administratifs d'une femme sont liés aux difficultés qu'elle a ressenties pour faire valoir sa maladie auprès de la Préfecture pour obtenir ses papiers.

« Partout, où vous allez, c'est la carte de séjour. Vous êtes malade, les gens, ce n'est pas leur problème. Vous avez besoin de lunettes pour sortir de chez vous, ce n'est pas leur problème. Tout ce qu'ils savent, eux, c'est la carte de séjour. Vous ne l'avez pas, personne ne s'occupe de vous, personne ne vous écoute. Vous êtes là avec votre maladie. (...)

On vous dit : « votre dossier, il faut trouver un avocat, il faut relancer le dossier ». Ils sont beaucoup plus stressants que votre maladie. (...) Allez à la préfecture. Moi, je suis étrangère. Le casse-tête commence là-bas. Parce qu'à la préfecture, ils ne peuvent pas comprendre. Il faut avoir une maladie invalidante. Il faut toujours expliquer les choses à l'extrême, alors qu'au début de la maladie, à coup sûr, vous ne voyez rien mais ça ne vous empêche de sortir, de faire certaines choses mais je ne peux pas vous expliquer ça. C'est invisible mais c'est quelque chose qui dégénère petit à petit. Au départ, avec le certificat que j'avais, ce n'était pas un handicap et on a reconnu que j'avais le kératocône qui n'était pas encore dans la détresse, il venait de s'installer. On n'était pas

au stade de la greffe. Ca, il ne pouvait pas vous donner une carte de séjour parce que ce n'est pas encore catastrophique. Pourtant vous, dans votre quotidien, vous êtes bloqué. Maintenant, plus les années passent, ça progresse, on va vers une greffe de la cornée. Ils commencent à prendre en compte votre maladie alors que vous, ça fait des années que vous souffrez. »
(Mme H. 37 ans. Handicap visuel).

Ces personnes peuvent avoir une expérience de travail conséquente. La situation de handicap est parfois survenue suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

« Si jamais je ne peux plus travailler dans l'emploi où je suis, qu'est-ce qu'on me propose ? Qu'est-ce que je peux faire ? Parce que je ne connais que l'hôtellerie. Ca fait vingt ans que je suis dedans. Le reste c'est fini. Moi, je n'ai pas fait d'études, je n'ai pas de bac, je n'ai pas de diplôme, je n'ai rien. »
(Mme H. 37 ans. Handicap visuel).

Il n'y a pourtant pas d'attachement particulier à un métier. Elles sont prêtes à exercer un emploi dans tous les domaines possibles. Des parcours professionnels sont décousus, correspondant aux emplois trouvés au fil du temps, sans rapport aucun avec les études de la personne.

« Avant j'étais fleuriste. Avant j'étais coiffeuse. (...) Je n'arrive pas à travailler comme fleuriste. Un travail forcé quoi, je ne peux pas rester debout. Non, fleuriste, j'ai travaillé juste un an. J'ai arrêté, ça fait presque trois ans, parce que j'ai fait une prothèse de genou. Depuis que j'ai fait la prothèse de genou, je souffre. J'ai travaillé un petit peu, j'ai essayé de travailler comme serveuse dans un restaurant, mais je n'y arrive pas. J'aime bien travailler deux heures, trois heures dans une cantine. »
(Mme B. 47 ans. Handicap moteur).

Il existe des situations de précarité sociales (problèmes de logement, minima sociaux...) qui se cumulent avec la situation de handicap.

*« Là, mon souci, j'ai un autre souci, c'est que là où j'habite, c'est dans un foyer. Il y a trois, quatre personnes qui vivent dans la chambre. Ca aussi, c'est un problème pour moi. Déjà je n'ai pas une chambre à mon nom. Je suis chez quelqu'un. Et en plus, c'est un foyer avec une chambre à trois lits. Franchement, ce n'est pas un choix. A un moment donné, j'ai eu un gros problème. De trouver un lit à mon dos, mais il y a aussi ma femme depuis plus de trois ans qui est malade au pays et que je n'arrive pas à gérer entre moi, mon problème de santé ici, et elle, son problème de santé là-bas. Ca demande beaucoup, beaucoup d'argent. Elle a été opérée deux, trois fois. Ca m'a demandé une grosse somme. »
(M. X. 45 ans. Handicap moteur).*

*« J'ai fait plein de demandes pour le logement, personne ne me répond parce que je ne travaille pas. Il faut du travail donc... Et mon loyer en plus, trop cher. »
(Mme B. 47 ans. Handicap moteur).*

Les conditions de précarité poussent quelquefois les personnes à continuer d'exercer un métier incompatible avec leur état de santé, ou qui l'aggrave.

Certaines femmes d'origine étrangère cumulent des difficultés liées à une mauvaise pratique de la langue couplée à des problématiques « féminines ». En effet, d'abord mères au foyer, elles se sont mises dans une dynamique d'emploi après une séparation ou un veuvage, par exemple. Elles se retrouvent dans l'obligation de travailler alors qu'elles n'ont pas d'expérience professionnelle ou qu'elles présentent un parcours professionnel discontinu, alternant des périodes d'activité et d'inactivité pour les maternités et l'éducation des enfants.

Le devenir des personnes

Quelques mois après la réception de la notification de RQTH, l'obtention de la RQTH n'a pas modifié la situation difficile des personnes.

La maîtrise orale et écrite de la langue est quelquefois une évidence pour les professionnels accompagnants, mais pas du tout par la personne elle-même, qui pense que ses difficultés linguistiques n'entravent pas sa capacité de travail. Or, les difficultés linguistiques apparaissent aux professionnels comme un obstacle, au moins pour l'entrée en formation qualifiante.

[Français langue étrangère] FLE, à l'Afpa ; « c'est eux qui appellent ça comme ça, FLE, moi je connais pas... Ils ont trouvé une excuse ! Ils m'ont dit, vous parlez pas assez français pour faire une formation... juste pour arnaquer les gens, quoi ! C'est ça que j'ai pas compris, « vous savez pas assez pour lire écrire », je lis bien...

*Lire, y a pas de souci... Ecrire... un peu, mais eux ils ont trouvé l'excuse... parce que j'avais demandé plein de choses, ils ont dit non... (...) Là, ils m'ont envoyé une convocation pour faire français langue étrangère, deux trois mois, je sais pas, mais pas rémunéré, sans rien. Qu'est ce que vous voulez que je fasse avec ça moi ? Je suis parti le premier jour, j'ai dit au revoir, je cherche pas ça. (...) Moi, j'ai demandé cariste ou quelque chose comme ça... une formation comme ça »
(M. W. 36 ans. Handicap moteur).*

La proposition de formation en français langue étrangère s'est donc soldée par un échec, et par une incompréhension de la personne sur l'utilité d'une telle formation, alors qu'elle est à la recherche d'une formation qualifiante pour se reconverter.

D'autres personnes sont au contraire en formation de français langue étrangère et l'appréhendent de façon positive.

*« Le problème c'est je ne connais pas lire, je ne connais pas écrire, c'est ça aussi. C'est pour ça, je fais les cours de français à cause de ça. »
(Mme B. 47 ans. Handicap moteur).*

Les questions relatives à l'insertion professionnelle semblent suspendues, ou remises à une date ultérieure. Les personnes ont toujours des problèmes de cartes de séjour, dont le renouvellement fréquent est un obstacle au traitement administratif des dossiers.

*« Les allocations familiales ne peuvent pas me payer tout ça parce que j'ai toujours un titre de séjour de six mois, six mois renouvelables... A la fin du mois, je dois le renouveler. Si j'ai une année, ils m'ont dit de l'envoyer. »
(M. J. 43 ans. Handicap moteur).*

Les personnes d'origine européenne ou non communautaire se trouvent en situation aggravée par une problématique linguistique. Les difficultés linguistiques peuvent être un réel frein aux choix d'une formation, par exemple, sans être tout à fait bien accepté / mesuré par les personnes. Les possibilités d'accéder à un nouveau métier deviennent ainsi plus ténues. Faute de formation et de possibilité de reconversion, les personnes retrouvent leur emploi précédent, bien que non adapté et présentant des risques pour leur santé.

Les angoisses concernant l'obtention des papiers absorbent une bonne part de l'énergie des personnes, et entravent leur disponibilité pour s'engager dans une formation ou un emploi. Par ailleurs, les renouvellements fréquents des cartes de séjour empêchent certaines actions (si la carte de séjour n'est pas valable sur toute la durée de la formation, la personne ne pourra pas s'y inscrire, par exemple).

4^E PARTIE : ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE

Les personnes en situation de handicap à Paris

Les personnes en situation de handicap qui se sont adressées pour la première fois à la MDPH en 2008 pour une demande de RQTH diffèrent de l'ensemble de la population parisienne sur les points suivants :

- Une population plutôt masculine
- Un tiers âgé de plus de 50 ans
- Avec un niveau de formation relativement bas
- Dans une configuration familiale plutôt isolée
- Dans des conditions de logement plus précaires

Base ITAC (primo-demandeurs de RQTH en 2008 à Paris)	Paris (Insee 2006)
Genre (personnes âgées de 20 à 59 ans)⁸³	
La population des personnes handicapées qui s'adressent à la MDPH est plus masculine que l'ensemble des personnes résidant à Paris	
57 % d'hommes 43 % de femmes	48 % d'hommes 52 % de femmes
Age⁸⁴	
Les personnes handicapées ayant recours à la MDPH sont plus âgées que l'ensemble de la population parisienne	
6 % entre 20 et 24 ans 62 % entre 25 et 49 ans 32 % entre 50 et 59 ans	20 % entre 20 et 24 ans 61 % entre 25 et 49 ans 19 % entre 50 et 59 ans
Situation familiale (personnes âgées de 20 à 64 ans)⁸⁵	
Les personnes handicapées sont moins souvent mariées et plus souvent en situation de divorce ou de séparation que l'ensemble des parisiens.	
29 % mariage ou vie maritale 54 % célibat 15 % divorce ou séparation 2 % veuvage	37 % mariage ou vie maritale 54 % célibat 8 % divorce ou séparation 1 % veuvage

⁸³ Insee, RP2006 exploitation principale. POP1B - Population totale par sexe et âge (Paris).

⁸⁴ Insee, RP2006 exploitation principale. POP1B - Population totale par sexe et âge (Paris).

⁸⁵ Insee, RP2006 exploitation principale. POP3 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et état matrimonial légal (Paris).

Enquête (primo-demandeurs de RQTH en 2008 à Paris)	Paris (Insee 2006)
Niveaux de formation⁸⁶	
Les personnes en situation de handicap présentent un niveau de formation inférieur à celui de la population parisienne.	
30 % de personnes ont un niveau I, II ou III 17 % un niveau IV 24 % un niveau V 29 % un niveau V bis ou VI	51 % de personnes ont un niveau I, II ou III 15 % ont un niveau IV 9 % ont un niveau V 25 % ont un niveau V bis ou VI
Logement⁸⁷	
Les personnes en situation de handicap apparaissent désavantagées par rapport à l'ensemble de la population parisienne.	
15 % sont propriétaires 57 % sont locataires 24 % sont hébergées à titre gracieux	33 % sont propriétaires 61 % sont locataires 6 % sont hébergées à titre gracieux

Outre les écarts défavorables sur les critères de l'âge et du niveau de formation (du point de vue de l'insertion professionnelle) comme des critères de logement ou de la situation maritale (du point de vue de la situation sociale), les résultats de l'étude montrent par ailleurs qu'il existe un profil un peu particulier pour les personnes qui font une demande de RQTH – présumée indiquer une trajectoire plus professionnelle.

Ces personnes apparaissent en ce cas avec une origine du handicap plus souvent liée au travail

(accident ou maladie professionnelle).

Le profil général concernant **le genre, l'âge ou le niveau de formation** des personnes qui s'adressent à la MDPH correspond sensiblement au profil identifié par les dispositifs dédiés aux travailleurs handicapés, telles que les structures Cap emploi ou les services d'aide au maintien, par exemple.

Les données sur la situation familiale ou le logement sont en revanche moins connues de ces organismes.

Le type de handicap : une donnée éclairante malgré les réserves à observer

L'approche par type de handicap dans la présente étude est une première sur ce type de données – les réserves quant aux motifs de saisie partielle des données et au choix des catégories ne semblent pas constituer un obstacle aux analyses proposées ci-après, qu'il conviendra cependant d'affiner à l'avenir.

L'enquête comme les données de la base ITAC montrent des spécificités selon le type de handicap des personnes, sur les trois principaux étudiés, majoritairement retrouvés pour la

population parisienne : handicap moteur, trouble de santé invalidant, handicap psychique.

Ainsi, **les personnes en situation de handicap moteur** effectuent davantage de demandes concernant l'insertion professionnelle. Elles se répartissent de façon homogène dans tous les niveaux de formation, ce qui reflète la diversité des parcours et des situations (lire partie 2). Si elles restent majoritairement célibataires, elles sont aussi en couple, mariées ou vivant maritalement (lire partie 1).

⁸⁶ Insee, RP2006 exploitation principale. Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus selon le sexe (2006).

⁸⁷ Insee, RP19990 et RP2006 exploitation principale. LOG T 7 - Résidences principales selon le statut d'occupation (2006).

Les personnes avec un trouble de la santé invalidant sont davantage représentées dans la demande de cartes. Il apparaît une différence de genre pour ces personnes, qui sont plus souvent des hommes (comme dans le cas des affections longues durée). Les personnes sont de plus en plus nombreuses au fur et à mesure de l'avancée en âge, ce qui peut correspondre à l'apparition de la maladie à un âge adulte ou à l'aggravation de celle-ci au fil du temps. Elles se trouvent dans la même situation conjugale et de niveau de formation que les personnes en situation de handicap moteur (lire partie 1). Elles perçoivent plus souvent un revenu en lien avec l'emploi ou le chômage qu'en lien avec les allocations (lire partie 2). **Les personnes en situation de handicap**

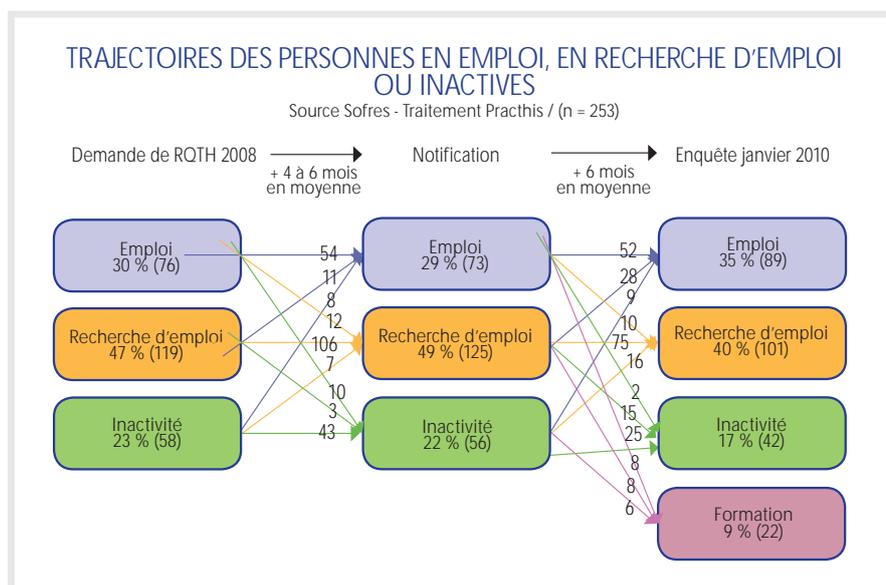
psychique ont une demande plus fréquente d'allocations. Elles font en règle générale davantage de demandes, toutes demandes confondues. Elles sont en moyenne plus jeunes que l'ensemble des personnes qui s'adressent à la MDPH et aussi plus souvent célibataires. Mais il n'est pas possible de connaître si le plus jeune âge explique un célibat plus important, ou si la situation de handicap psychique entrave la construction d'une vie conjugale (lire partie 1). Les personnes en situation de handicap psychique sont souvent mieux formées (avec un niveau d'étude qui peut être élevé) mais plus souvent inactives. Elles perçoivent plus souvent une allocation (AAH, indemnités journalières...) (lire partie 2).

Des trajectoires à géométries variables

La demande de RQTH se fait apparemment pour trois principales raisons : une problématique de reconversion professionnelle (la personne en situation de handicap en emploi doit obtenir ce statut pour bénéficier des aides pour le maintien dans l'emploi, par exemple, ou le reclassement dans un autre métier), de licenciement (le statut est envisagé pour accélérer une recherche d'emploi suite à un licenciement que la personne pressent), ou de reconnaissance sociale (la personne souhaite le statut pour que ses préoccupations et ses difficultés soient mieux perçues, voire reconnues comme véridiques) (lire partie 3).

Le processus de reconnaissance dans son ensemble – depuis le moment de la demande jusqu'aux suites données après l'obtention de la RQTH – montre des évolutions de trajectoires qui ne vont pas toutes dans le sens attendu.

Globalement, l'obtention de la RQTH s'accompagne d'une amélioration de la situation des personnes. En moyenne, un an après la reconnaissance, elles sont un peu plus en emploi, mais surtout moins inactives. L'entrée en formation représente également une sortie positive de ces trois situations (9 % d'entrées en formation après la notification de la RQTH) – voir schéma ci-après.



Entre la demande de RQTH (2008) et la réalisation de l'enquête (janvier 2010), on constate :

- une progression des personnes en emploi (+ 5 points),
- une augmentation des personnes en formation ou en stage (+ 9 points),
- une diminution des personnes à la recherche d'un emploi (- 7 points),
- une diminution des personnes inactives (- 6 points).

Il n'est pas possible de savoir si l'augmentation des personnes en emploi et la baisse des demandeurs d'emploi sont à mettre au seul compte de la RQTH, mais compte tenu du contexte de l'emploi et du chômage des

personnes handicapées sur la période, la RQTH semble avoir un effet favorable aux personnes en situation de handicap.

Il est par ailleurs difficile de dissocier l'impact de la RQTH de l'impact de la mise en œuvre des démarches pour les personnes.

Ces démarches peuvent être en lien avec la MDPH comme elles peuvent être de la seule initiative de la personne. Mais on peut supposer que la réflexion et les actions autour de la demande de RQTH ont permis d'impulser une dynamique vers l'emploi.

La RQTH agit alors comme un élément déclencheur pour aller vers l'emploi ou vers la formation – même si les personnes n'ont pas toujours cette perception au regard de l'enquête (lire partie 2).

Des changements de situation en parallèle de l'instruction

On peut noter la rapidité du changement dans la situation des personnes (lire partie 2). Ainsi, en quelques mois et parfois bien avant la prise de décision par la MDPH, la moitié des situations individuelles a changé. Les services de la MDPH, qui ne sont pas nécessairement avertis des changements de situation, statuent au vu d'une situation antérieure. On peut craindre que dans certains cas, la décision rendue ne corresponde donc plus aux besoins de la personne en situation de handicap.

On constate que les personnes en situation de handicap n'ont pas forcément l'idée qu'elles puissent informer la MDPH d'un changement de situation. Ce qui questionne la perception des personnes sur le service que peut apporter la MDPH au-delà du seul traitement administratif de la demande (lire partie 3).

Certaines personnes - souvent en situation précaire (logement, ressources...) - se sont avérées « perdues » pour l'enquête. Leur numéro de téléphone coupé et le courrier retourné, ces personnes n'ont pas pu être jointes alors que leur demande auprès de la MDPH reste en cours d'instruction. On peut s'interroger sur l'incidence qu'aura cette situation sur les suites données aux décisions (et si seulement la notification sera reçue).

Ces différents constats – y compris concernant des évolutions de situations plus subtiles, comme la dégradation d'une situation d'emploi, par exemple – soulèvent une réflexion quant aux rôles que peuvent jouer les différents acteurs – sociaux, professionnels, médicaux – durant le processus d'instruction, dont on sait qu'il ne s'inscrit pas toujours dans le délai de référence de quatre mois (ce qui peut, même en ce cas, être long).

La question du lien à entretenir avec la personne renvoie à une meilleure identification de « l'offre de services » de la MDPH dans ce cadre (par les personnes elles-mêmes et les professionnels) mais aussi des publics pour lesquels ce lien nécessite a priori d'être entretenu... parfois même après décision si l'orientation débouche sur une attente supplémentaire pour accéder à telle ou telle prestation (ou établissement).

Ce qui implique d'identifier ce qui peut être initié avec les acteurs en attendant les décisions, pour que ce temps ne soit pas un temps mort dans le parcours de la personne et les modalités de signalement à la MDPH des changements survenus dans les situations, y compris par des modalités techniques nouvelles (NTIC notamment).

Des points de vue individuels qui influencent la demande comme les suites données aux décisions

Selon l'idée que se fait la personne sur sa situation et sur son devenir, une même situation peut engendrer des demandes très différentes. Il existe un temps nécessaire à l'acceptation de la situation de handicap, qui parfois vient heurter la logique de mise en oeuvre rapide des dispositifs d'aide ou d'accompagnement.

Ainsi, certaines personnes vont préférer une demande d'allocation car elles ne pensent pas pouvoir retravailler. D'autres au contraire imaginent qu'elles pourront rebondir rapidement, même si leur état de santé, où le deuil de leur ancien métier, complique un peu les choses... (lire partie 3).

Cette notion de temps se révèle par exemple plus perceptible pour les personnes en situation de handicap psychique, ou pour les personnes de nationalité étrangère. La cause en est tout à fait différente : les personnes en situation de handicap psychique semblent avoir besoin d'un temps supplémentaire lors de rechute de syndrome de santé mentale, ou lorsque la

pathologie ou les traitements suspendent un peu le temps (dépression sévère par exemple) ; les personnes d'origine étrangère ont besoin d'un temps plus long lorsqu'elles maîtrisent peu la langue et qu'elles ignorent les cheminements administratifs. Les personnes ont ainsi la nécessité d'une temporalité différente, que ce soit dans la compréhension de la situation comme de ses implications (lire partie 3).

Cette dimension renvoie à la pertinence de la demande compte tenu de la situation de la personne, et du bénéfice réel qui sera retiré de la démarche. Si les informations collectives et les entretiens individuels proposés par la MDPH de Paris permettent sans doute d'éclaircir certains aspects de cette démarche auprès des personnes, sans doute faudrait-il trouver des modalités complémentaires d'examen de la situation et d'échange avec les demandeurs pour certains profils de bénéficiaires – peut-être plus systématiques.

Des personnes en situation de handicap parfois perdues face à l'information

De façon générale sur le plan de l'insertion professionnelle, on constate que les personnes ont souvent une information lacunaire, mal assimilée, de ce qu'elles demandent aux services de la MDPH – ou plutôt de ce qu'elles peuvent concrètement attendre des demandes formulées, et ce malgré les procédures mises en place par la MDPH pour les informer.

L'analyse de la base ITAC montre ainsi des demandes souvent couplées, qui concernent rarement la seule reconnaissance de travailleur handicapé (lire partie 1). L'intrication des demandes est confirmée par l'analyse des questionnaires (lire partie 2) ainsi que par les entretiens individuels (lire partie 3). De façon générale, on repère une grande confusion, notamment entre la RQTH et l'AAH.

Cette confusion explique probablement des attentes incohérentes ou mal ciblées par rapport à la demande : les personnes qui demandent une RQTH pour obtenir un logement par exemple... (lire partie 2).

Cette difficulté concerne également les personnes qui participent aux réunions collectives d'information. En effet, les entretiens immédiatement après cette première réunion d'information (lors de la demande) sont très différents des entretiens réalisés quelques mois plus tard (après la notification). A ce moment, les personnes ont oublié une bonne partie des informations, elles ne savent plus trop ce qu'elles ont demandé, dans quel objectif, et ce que va

leur apporter le statut de travailleur handicapé. L'information a donc été délivrée, mais elle est peu ou mal assimilée.

Peut-être que le moment de cette information est-il trop éloigné du moment où les personnes peuvent faire valoir leurs droits, et qu'elle serait assimilée de façon plus concrète au moment de la notification ?

L'analyse des questionnaires comme celle des entretiens mettent en lumière un manque d'information qui peut parfois s'avérer négatif pour la personne, notamment dans l'accès à certains droits (par exemple le RSA) ou services, en particulier pour le maintien dans l'emploi (lire partie 3).

Un lien peu identifié ou inexistant avec les services d'accompagnement

L'étude permet de mieux appréhender le rôle de l'accompagnement dans le processus d'insertion. Tout en gardant à l'esprit la spécificité de chacun et l'individualité des situations, il est néanmoins possible de synthétiser la relation entre le profil de la personne et la mention ou non d'une structure sur la notification (lire partie 3).

Les personnes qui présentent un profil de jeune diplômé ou de personne expérimentée au chômage apparaissent plutôt entreprenantes. Que la notification envoyée par la MDPH fournisse ou non des coordonnées de structures, ces personnes effectuent des démarches de façon spontanées, parfois bien avant la réception de la notification. Ces personnes semblent avoir assez peu besoin d'un accompagnement spécifique.

Les personnes d'origine européenne ou non communautaire ont effectué les démarches pour contacter les organismes mentionnés sur la notification. En revanche elles n'anticipent pas leurs démarches et restent dans l'attente de la notification. Ces personnes en effet connaissent moins bien les différentes structures et le fonctionnement administratif. Il apparaît donc important de pouvoir guider ces personnes qui ne sauraient pas vers quel organisme se tourner ou ne se sentiraient pas légitimes.

Les personnes sans diplôme et sans expérience professionnelle ont pris contact avec les organismes mentionnés sur la notification de la MDPH. Ces personnes dont les difficultés

sont plus avérées s'adressent sans hésiter à ces structures qui leur paraissent propres à leur apporter une aide. Elles effectuent l'intégralité des démarches proposées par la structure d'accompagnement (bilan de compétences, recherche directe d'emploi, formation...). La mesure d'accompagnement semble particulièrement importante pour des personnes qui se sentent désavantagées par leur manque de formation ou d'expérience professionnelle, et disposées à suivre un parcours qui puisse les aider dans leur insertion.

Les personnes en emploi n'apparaissent pas dans un cadre plus structurant pour autant. Celles qui sollicitent la MDPH au titre du maintien n'effectuent pas nécessairement les démarches préconisées par la notification MDPH et on les retrouve souvent perdues. Certaines ont même oublié qu'elles avaient demandé une reconnaissance de travailleur handicapé. Ces personnes semblent avoir besoin d'un accompagnement, mais en même temps ne répondent pas à l'accompagnement proposé par la MDPH...

Les résultats de l'analyse permettent de constater que la logique d'accompagnement n'est pas organisée, ou qu'elle n'est pas transparente pour la personne en situation de handicap. Il n'existe pas aujourd'hui de suivi des décisions, ni véritablement de relais suite à la décision de la MDPH (lire partie 2). Or les entretiens auprès

des personnes en situation de handicap montrent que l'absence d'accompagnement conduit parfois à l'aggravation d'une situation (lire partie 3).

On peut aussi relever la différence qui peut exister lorsque la personne a rempli elle-même son dossier de demande ou lorsque le dossier est rempli par une tierce personne. On peut supposer qu'il existe un manque d'information dès ce moment, car très vite les personnes qui n'ont pas rempli elles-mêmes leur dossier semblent peu maîtriser, voire oublier, ce qui a été demandé et les raisons pour lesquelles cette demande a été formulée. Peut-être faudrait-il que les personnes soient plus impliquées dans

leurs requêtes. Si cela s'avère impossible, peut-être faudrait-il imaginer un accompagnement plus poussé lorsque la MDPH constate que le dossier est rempli par une tierce personne (lire partie 2).

Enfin, on notera le peu de signalement d'un appui des associations dans l'accompagnement des personnes handicapées, alors que celles-ci sont très présentes sur ce champ et proposent de nombreux services en ce sens. Un constat qui interroge sur la place du secteur associatif dans le dispositif d'orientation – sa mobilisation dans le processus comme le rôle pivot qu'il peut jouer dans « l'articulation des accompagnements »...

Des problématiques qui dépassent largement le cadre de l'emploi

Globalement, les situations sociales des personnes en situation de handicap enquêtées sont souvent dégradées, y compris pour les personnes en emploi.

Certaines personnes pensent sincèrement qu'un organisme va leur trouver un emploi, que les portes des entreprises ou des services publics vont s'ouvrir pour les accueillir dès l'obtention du statut. On constate notamment une grande confusion entre emploi protégé, emploi réservé... avec l'idée que les personnes en situation de handicap vont bénéficier d'emplois spécifiques. La meilleure connaissance de la loi de 2005 peut renforcer cette illusion, les personnes interprétant la loi comme une obligation pour les entreprises d'embaucher des travailleurs handicapés.

Les déceptions qui peuvent en découler lors des premiers contacts entraînent en ce cas une position plus en retrait quant à la déclaration. Certains renoncent alors à faire état de la reconnaissance, se rendant compte qu'il ne constitue pas le sésame rêvé, voire qu'il les dessert.

Qu'elle soit perceptible via l'analyse de la base ITAC (lire partie 1), le questionnaire (lire partie 2) ou les entretiens (lire partie 3), l'intrication des besoins sociaux et professionnels est prédominante. Si pour cette étude sur

l'insertion professionnelle, il a été choisi de se référer à la demande de reconnaissance de travailleur handicapé, il ressort que la majorité de ces demandes de RQTH sont couplées à d'autres besoins. Très probablement, au vu des entretiens des personnes, les situations s'améliorent lorsque tous les problèmes se résolvent. Il est en effet difficile de se focaliser sur l'emploi si le logement fait défaut, ou si le manque de ressources est si criant qu'il absorbe toute l'énergie disponible.

Face à ce « nœud » de difficultés sociales, les personnes en situation de handicap ont devant elles une multitude d'interlocuteurs : assistantes sociales, agents de Pôle emploi, médecins du travail... Les personnes regrettent un éparpillement des interlocuteurs et en conséquence une perte d'efficacité pour la résolution de leurs problèmes.

Il serait alors intéressant de s'interroger sur une meilleure articulation entre les services de la MDPH et plus largement les services sociaux. Pourrait-on imaginer un relais plus systématique entre l'assistante sociale de la MDPH et ses pairs d'autres structures ?

L'existence de telles problématiques sociales pour des personnes en processus d'insertion professionnelle laisse supposer des situations plus précaires.

Des publics qui méritent une attention particulière

De manière transversale on constate que certains publics méritent un suivi particulier : les personnes d'origine non communautaire, les femmes, les personnes avec des troubles psychiques, les salariés en emploi fragilisé, pour l'essentiel.

S'agissant des femmes, peu d'entre-elles ont spontanément évoqué une problématique spécifique liée au genre. Si l'une d'entre elle relate ses difficultés à s'occuper de ses enfants à la maison lorsque son état de santé est très dégradé, aucune en revanche ne relate de lien particulier entre leur statut de femme, ou de mère, et leurs difficultés d'accès à l'emploi.

Pourtant, le positionnement particulier des femmes en situation de handicap est apparu à travers les résultats issus des dossiers de demandes de la MDPH. Sur une durée d'une quinzaine d'années, les résultats montrent que les femmes ne sont pas exactement dans la même situation que leurs homologues masculins. Les femmes apparaissent ainsi moins en demande sur le champ de l'insertion professionnelle que les hommes. Professionnellement, elles sont plus souvent au chômage et ont un niveau de formation plus faible ; personnellement, elles sont dans des situations de divorce ou de veuvage plus fréquentes que les hommes.

Pour ce qui concerne les salariés fragilisés dans leur emploi, on constate des effets de bascule rapide, des situations « sur le fil » qui, à partir de

problématiques en apparence légère, peuvent conduire vers une perte d'emploi. Globalement, la part des personnes ayant perdu un emploi après décision de RQTH comparée à celles sans emploi qui en ont obtenu un est plus importante... Une situation qui mériterait un suivi particulier.

Les personnes avec des troubles psychiques sont confrontées à des situations très variées et effectuent leurs demandes dans des temps différents. On constate que ce temps, ce moment, a un poids important dans leur situation d'insertion ou de désinsertion professionnelle. Plus que l'ensemble des demandeurs, elles « flottent » face à la complexité des choix et la variété des contacts qui leurs sont proposés – le processus d'orientation est peut être pour ces personnes un peu trop lâche pour ne pas les perdre... au risque de voir leur état de santé s'aggraver en effet direct.

Les personnes d'origine européenne ou non communautaire, confrontées à des difficultés linguistiques, administratives et sociales cumulées, sont également à prendre en considération dans la manière dont on articule les « offres de service » à leur égard. La question du handicap, parfois traitée « en bout de course », quand d'autres dispositifs d'accompagnement ont été épuisés, ne doit pas devenir une sorte de trajectoire marginale, dont on ne connaîtrait finalement pas l'issue.

CONCLUSION

Cette étude consacrée aux trajectoires d'insertion socioprofessionnelle des primo-demandeurs d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé essaie de répondre, avec toutes les nuances qu'il convient d'apporter à défaut d'étude comparable sur le sujet, au constat du « peu de données disponibles sur la mise en œuvre des décisions et le suivi des situations dans le temps », souligné par la CNSA dans son rapport d'activité 2009.

L'analyse des différentes sources et la démarche d'étude dans son ensemble a éclairé les failles du dispositif. L'enjeu n'est pas, aujourd'hui, l'amélioration de la saisie des données dans tel ou tel logiciel – même si cet aspect ne doit pas être négligé pour autant - car cette saisie dépend préalablement :

- **d'une meilleure identification des besoins de recueil d'information dans le traitement des demandes** : s'agit-il de garantir le suivi d'actes administratifs (historique des demandes et décisions, caractérisation des demandeurs...) ou (et) de permettre l'éclairage des projets des personnes comme de leur satisfaction dans le temps (historique des situations et des prescriptions, caractérisation des besoins...).

- **d'une clarification des possibilités offertes aux personnes** – ce qu'elles recouvrent effectivement, ce qu'elles impliquent éventuellement – tant celles-ci restent floues dans leur définition ou leur périmètre (y compris parfois pour les professionnels) : qu'est-ce qu'un accompagnement médico-social ? Un maintien dans l'emploi ? Qui choisir entre Pôle emploi et Cap emploi (peut-on choisir)...?

Ces problématiques soulèvent principalement trois questions qu'il conviendrait d'approfondir aujourd'hui :

- « **que collecter et comment ?** », qui ramène au sujet de l'élaboration du projet d'insertion socioprofessionnelle, peut-être trop souvent renvoyé en aval de l'orientation, et

- « **de quoi garder la trace, et pour qui ?** », qui renvoie aux échanges d'informations, notamment entre SPE et MDPH, mais aussi entre MDPH et services sanitaires et sociaux, et

- « **comment améliorer encore l'information du public ?** », dont on constate qu'elle ne permet pas toujours aux personnes d'être autonomes et réactives dans leurs démarches.

Ce qui souligne les progrès à faire sur la clarification des offres de services et champs de compétences de chacun.

La présente étude remet ainsi en perspective les attentes que l'on peut avoir d'une MDPH « guichet unique de l'accès aux droits des personnes handicapées », dans un paysage partenarial et interinstitutionnel qui ne lui permet pas d'emblée de jouer **un rôle de « plateforme d'orientation médicosocioprofessionnelle »**, malgré la qualité des partenariats mis en place.

Par ailleurs, la contribution à l'observation locale de la population parisienne en situation de handicap, qui dépasse la seule responsabilité de la MDPH, appelle une implication collective sur le recueil de certaines données, peut-être trop souvent jugées sensibles à défaut d'être abordées de front, en particulier en ce qui concerne le type de handicap.

L'étude souligne en quoi ce temps de la reconnaissance et de l'orientation est un temps fort pour les personnes, mais aussi l'extrême fragilité de certaines situations et avec quelle facilité celles-ci peuvent parfois basculer...

On peut s'interroger sur le paradoxe que représente la nécessité de traitement rapide des demandes, alors que **ce moment appelle dans la majorité des cas que l'on prenne le temps d'examiner la situation et d'accompagner la personne dans son positionnement.**

Mieux articuler les temps administratifs et ceux de l'accompagnement, dans une approche partenariale et individualisée, apparaît en ce sens comme l'un des enjeux du dispositif d'accueil et d'orientation de demain.

BIBLIOGRAPHIE

- AMIRA SELMA, BEN YAALA MHENNI (2009). Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées. Paris, Dares
- AMIRA SELMA, MONIQUE MERON (2006). Où sont les travailleurs handicapés ? In L'économie du handicap. Paris, PUF
- AMIRA SELMA (2001). L'emploi et le chômage des personnes handicapées en 1999. Premières informations premières synthèses (Dares), n° 44.3
- ANGUIS MARIE (2007). La population des allocataires du RMI : tendances d'évolution et disparités départementales. Etudes et résultats (Drees), n° 568
- ANGUIS MARIE, DE PERETTI CHRISTINE (2003). Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux. Etudes et résultats (Drees), n° 231
- BARNAY THOMAS, JEGER FRANÇOIS (2006). Quels dispositifs de cessation d'activité pour les personnes en mauvaise santé ? Etudes et résultats (Drees), n° 492
- BROUARD CÉCILE ET ROUSSEL PASCALE (2005). Handicap en chiffres. Paris, CTNERHI
- CHANUT JEAN-MARIE, MICHAUDON HÉLÈNE (2004). L'AAH, un minimum social destiné aux adultes handicapés. Etudes et résultats (Drees), n° 344
- CLAINCHARD EMILIE (2005). Prévention de la désinsertion professionnelle et maintien dans l'emploi. Paris, Observatoire des dispositifs d'insertion des travailleurs handicapés
- CLARKE PASCAL, JOSSE ELODIE, CLAINCHARD EMILIE, LÉVY SANDRINE, BERNARDI VALÉRIE, FOURNIER FRÉDÉRIQUE (2007). La formation professionnelle des personnes handicapées. 1^{er} état des lieux franciliens. Paris, Observatoire des dispositifs d'insertion des travailleurs handicapés
- DEMOLY ELVIRE (2008). Les demandeurs de l'AAH. Une population souvent éloignée du marché du travail. Etudes et résultats (Drees), n° 640
- DOS SANTOS SÉVERINE, MAKDESSI YARA. (2010). Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. Etudes et résultats (Drees), n° 718
- DOUAY CAROLINE, DÉTREZ MARC-ANTOINE, LE STRAT YANN, CHAUVIN PIERRE, LAPORTE ANNE (2009). Prévalence des troubles psychiatriques et addictions. Paris, Samu social
- EUZENAT DAMINE (2009). L'exposition des salariés aux accidents du travail en 2007. Premières informations Premières synthèses (Dares), n° 50.2
- GOILLOT CATHERINE, MORMICHE PIERRE (2003). Les enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendance. Résultats détaillés. Insee Résultats, n° 22
- MIDY LOÏC (2009). Enquête Ve quotidienne et santé. Limitations dans les activités et sentiment de handicap ne vont pas forcément de pair. Insee Première, n° 1254
- MILLIARD SONIA, BREMOND FANNY (2009) Parcours professionnels des personnes handicapées. Quand la formation contribue à mieux maîtriser la mobilité professionnelle. Marseille, Observatoire régional des métiers de Paca.
- MORMICHE PIERRE, BOISSONNAT VINCENT (2003). Handicap et inégalités sociales : premiers apports de l'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance ». Revue française des affaires sociales, n° 1-2
- NGUYEN KIEU-NHI, ULRICH VALÉRIE (2008). L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2007. Premières informations premières synthèses (Dares), n° 47.1
- PAÏTA MICHEL, WEILL ALAIN (2009). Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. Points de repère (CNAM), n° 20
- RAVAUD JEAN-FRANÇOIS, VILLE ISABELLE (2003). Les disparités de genre dans le repérage et la prise en charge des situations de handicap. Revue française des affaires sociales, n° 1-2
- SANCHEZ JÉSUS, BOUNOD ANNICK (1995). Enquête sur les personnes handicapées à Paris. Paris, Dares
- TRIOMPHE ANNIE (2003). Les conditions de vie des personnes handicapées : premiers résultats à partir de l'enquête HID. Revue française des affaires sociales, n° 1-2
- ROUSSEL PASCALE (2004). Les restrictions de participation à la vie sociale des adultes de 20 à 59 ans. Une exploitation de l'enquête HID 1999. Paris, CTNERHI

REMERCIEMENTS

Cette étude n'aurait pu être menée sans la participation des personnes en situation de handicap, qui ont accepté de nous faire partager leur expérience de vie. Qu'elles en soient ici chaleureusement remerciées.

• **Étude réalisée par** : Laurence Joselin, association Practhis.

Avec les contributions de Pascal Clarke, Christine Defois, Frédérique Fournier, Sandrine Lévy et Sandra Nahon.

Travaux préparatoires base ITAC et enquête : Valérie Bernardi, Tien Trung Le.

• **Coordination pour la Ville de Paris** : Mélanie Ridel (DASES, Ville de Paris).

• **Les auteurs remercient particulièrement pour la qualité de leurs éclairages et leurs remarques constructives le groupe de suivi de l'étude :**

Emilie Oukoloff, Véronique Poirson, Mélanie Ridel, Geneviève Sempéré-Briand (Ville de Paris), Anne-Lise Aucouturier (Direccte 75), Ludivine Letendre, Mélanie Bourjal, Aude Harnet (MDPH 75), Isabelle Velasco (Pôle emploi/Handipass), Patricia Leriche (PDITH 75).

• **Ainsi que les membres du comité de pilotage :**

Véronique Dubarry (Adjointe au Maire en charge des personnes en situation de handicap, Ville de Paris) ; Geneviève Gueydan, Geneviève Marc, Ludovic Martin (DASES, Ville de Paris) ; François Courtade (DRH, Ville de Paris) ; Hélène Chamboredon, Alain Dupouy, Michèle Spata (Direccte) ; Marie-Noëlle Villedieu (MDPH 75) ; Denis Leone, Elisabeth Sevenier (ARS) ; Anne-Cécile Richard (Unirh 75) ; Michèle Abderhalden (Agefiph) ; Geneviève André (DDEEES, Ville de Paris) ; François Geraud (Association l'Elan retrouvé).

Cette étude a bénéficié d'un cofinancement de l'unité territoriale Parisienne de la Direccte, ainsi que du Fonds social européen.

