



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteurs des affaires sanitaires et sociales

Date du Jury : **12 et 13 septembre 2002**

Les COTOREP face aux demandes d'AAH 35-2

Une enquête dans les Vosges pour comprendre le processus de formation des décisions

Marie-Antoinette ANTOINE

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 - DES ASSEMBLEES DEDIEES AU HANDICAP.....	3
1.1 UN REGIME JURIDIQUE ISSU DE LA LOI D'ORIENTATION DE 1975.....	3
1.1.1 Règles de fonctionnement.....	3
1.1.1.1 composition :.....	4
1.1.1.2 Présidence :.....	5
1.1.1.3 Suppléants :.....	5
1.1.1.4 Durée du mandat :.....	5
1.1.1.5 Départements importants :.....	5
1.1.1.6 Saisine :.....	5
1.1.1.7 Division en deux sections spécialisées :.....	5
1.1.2 Compétences.....	6
1.1.2.1 Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé :.....	6
1.1.2.2 Définition de l'orientation professionnelle et des mesures de reclassement :.....	6
1.1.2.3 Désignation des services ou des établissements appropriés :.....	6
1.1.2.4 Attribution de l'allocation aux adultes handicapés ou de l'allocation compensatrice :.....	7
1.1.3 l'allocation aux adultes handicapés.....	7
1.1.3.1 Personnes dont le taux de handicap est supérieur à 80 % :.....	7
1.1.3.2 Personnes dont le taux de handicap se situe entre 50 et 80 % :.....	7
1.1.3.3 Ressortissants étrangers :.....	8
1.1.3.4 Appréciation du pourcentage d'incapacité :.....	8
1.1.3.5 Dépôt de la demande :.....	9
1.1.3.6 Revenus pris en compte :.....	9
1.1.3.7 Durée d'attribution.....	10
1.1.3.8 Montant.....	10
1.1.3.9 Liquidation et paiement.....	10
1.1.3.10 Réductions de l'allocation.....	11
1.2 DES COMMISSIONS INADAPTEES... ..	11
1.2.1 Des rapports parfois sévères.....	11
1.2.1.1 Rapport de M. Yves CARCENAC (1994) pour l'Inspection Générale des Affaires Sociales.....	11
1.2.1.2 Rapport d'enquête de l'IGAS et de l'IGF sur l'allocation aux adultes handicapés (1998).....	11
1.2.1.3 Rapport d'information déposé par la Commission des Finances, de l'économie générale et du plan en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle constituée le 22 décembre 1999 sur le fonctionnement des COTOREP.....	13
1.2.2 Des difficultés de fonctionnement trop nombreuses.....	15
1.2.2.1 Difficultés liées à une organisation bicéphale entre la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.....	15
1.2.2.1.1 Répercussions notamment sur le statut et la rémunération des médecins.....	15
1.2.2.1.2 Statistiques fines non « transparentes » entre les deux directions.....	16

1.2.2.2	Des demandes qui ne relèvent pas du champ d'application de l'AAH :	16
1.2.2.2.1	Traitement en amont insuffisant	16
1.2.2.2.2	Demandes relevant de l'invalidité CPAM ou MSA	17
1.2.2.2.3	Demandes déposées par des personnes bénéficiaires du RMI	18
1.2.2.2.4	Examen d'un éventuel glissement RMI-AAH	19
1.2.2.3	Information insuffisante	21
1.2.2.3.1	En interne	21
1.2.2.3.2	En externe	22
1.2.2.4	Absence de dynamique de groupe	22
1.2.2.4.1	Des membres qui se connaissent peu	22
1.2.2.4.2	Deux sections qui sont trop cloisonnées	22
1.2.2.5	Malaise interne traduit dans les réponses aux questionnaires	23
1.2.2.5.1	Des rapports irritants	23
1.2.2.5.2	Un vote pas toujours souverain	23
1.2.2.5.3	Des commissions sous influence	24
1.2.2.5.4	Une méfiance palpable des représentants des organisations syndicales	24
1.3	... QUI SE REFORMENT LENTEMENT	24
1.3.1	<i>Les évolutions récentes au niveau national</i>	24
1.3.1.1	Mission conduite par M. Claude FONROJET et Mme Marie-Dominique SOUMET	25
1.3.1.2	Circulaire N°2002-114 DGEFP-DGAS-DAGEMO-DAGPB du 27 février 2002 relative à la coordination des services au profit de la personne handicapée et à l'organisation des COTOREP et instruction relative à l'organisation et au fonctionnement de la COTOREP unifiée	27
1.3.1.3	Rapport intermédiaire provisoire des groupes de travail réunis dans le cadre du chantier de réforme de la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées (janvier 2002)	28
1.3.1.4	Vers un revenu minimal d'existence ?	29
1.3.2	<i>les avancées dans les Vosges</i>	30
1.3.2.1	Les Vosges, un département à part ?	31
1.3.2.1.1	Données populationnelles	31
1.3.2.1.2	Etat de santé de la population	31
1.3.2.1.3	Données sociales	32
1.3.2.2	Premiers effets de la politique nationale	33
1.3.2.2.1	Des moyens médicaux renforcés	33
1.3.2.2.2	Réunion envisagée des deux sections	33
1.3.2.2.3	Modification du fonctionnement interne de la COTOREP 2 ^{ème} section	33

2 - LA DIFFICILE ANALYSE DES CAPACITES DE LA PERSONNE HANDICAPEE A S'INSERER DANS LE MONDE DU TRAVAIL..... 35

2.1	DES CONCEPTS TROP FLOUS	35
2.1.1	<i>la notion de handicap</i>	35
2.1.2	<i>la notion de travail</i>	38
2.1.2.1	Travail ou emploi ?	38
2.1.2.2	Travail et emploi précaire	39
2.1.3	<i>la notion d'insertion sociale et professionnelle</i>	39
2.1.4	<i>La notion d'intégration</i>	41

2.1.4.1	Un vocable usé jusqu'à la corde.....	41
2.1.4.2	...Mais qui présente l'avantage d'être volontariste	42
2.1.5	<i>la notion de capacité de travail et la notion d'invalidité.....</i>	42
2.1.5.1	Capacité, incapacité de travail, les deux revers d'une même médaille ?.....	42
2.1.5.2	La notion d'invalidité.....	43
2.1.6	<i>les représentations sociales, un élément influent du comportement.....</i>	44
2.2	... QUE LES MEMBRES DE LA COTOREP APPRECIENT DIFFICILEMENT	45
2.2.1	<i>Les représentations des membres de la COTOREP des Vosges.....</i>	45
2.2.1.1	Méthodologie	45
2.2.1.2	Analyse des réponses aux questionnaires	47
2.2.1.2.1	Représentations du handicap physique	47
2.2.1.2.2	Représentations du handicap mental.....	47
2.2.1.2.3	Représentations du handicap social.....	47
2.2.1.2.4	Distinction entre handicap léger et handicap moyen	48
2.2.1.2.5	Distinction entre travail et activité.....	48
2.2.1.2.6	Représentations de l'insertion sociale.....	49
2.2.1.2.7	Représentations de l'insertion professionnelle	49
2.2.1.2.8	Représentations de l'intégration.....	49
2.2.2	<i>précisions apportées par les entretiens de synthèse.....</i>	49
2.2.2.1	La richesse d'une large palette de représentations	49
2.2.2.2	La volonté de ne pas enfermer la personne dans son handicap	50
2.2.2.3	La difficulté d'apprécier si travail et handicap peuvent être mis en phase pour une personne donnée ...	50
2.3	HANDICAP ET TRAVAIL, UN LIEN A DEFINIR.....	51
2.3.1	<i>Une problématique travaillée par des acteurs de terrain :.....</i>	51
2.3.1.1	Le PDITH	51
2.3.1.2	CAP EMPLOI.....	52
2.3.1.3	L'AGEFIPH.....	52
2.3.1.4	Un groupe d'experts autour du Professeur LE POULTIER à SAINT-DIE.....	53
2.3.2	<i>des freins à lever :.....</i>	55
2.3.2.1	absence de réseau COTOREP	55
2.3.2.2	Gommer les inégalités géographiques	56
2.4	LA COTOREP VOSGIENNE, FORCE DE PROPOSITION	56
2.4.1	<i>Les éléments qui influent dans le processus de décision des membres de la COTOREP.....</i>	57
2.4.1.1	les réponses aux questionnaires	57
2.4.1.1.1	Sur le point de savoir si la personne relève de la législation du handicap ou du droit commun	57
2.4.1.1.2	Sur le point de savoir si la personne doit percevoir l'AAH.....	58
	Les problèmes les plus fréquemment rencontrés	60
2.4.2	<i>Un référentiel social à construire</i>	62
2.4.2.1	Propositions	62
2.4.2.1.1	Les éléments à prendre en compte prioritairement, selon les membres de la COTOREP vosgienne	62
2.4.2.1.2	La CIH2.....	63
2.4.2.2	adopter la méthode belge des groupes de dialogue	64
2.4.2.2.1	la méthode utilisée en Belgique pour l'élaboration du rapport général sur la pauvreté.....	64
2.4.2.2.1.1	Phase 1 : priorité aux associations.....	64

2.4.2.2.1.2	Phase 2 : invitation des partenaires issus de services ou d'institution à enrichir les propositions initiales	64
2.4.2.2.1.3	Phase 3 : dialogue avec les autorités publiques	64
2.4.2.2.1.4	Activation d'un organisme permanent	65
2.4.2.2.2	Discussion de l'intérêt de celle-ci pour la construction d'un référentiel social	65
2.4.2.2.2.1	Priorité au dialogue	65
2.4.2.2.2.2	Méthode proposée à partir de la CIH2	65
2.4.2.3	mise en œuvre proposée au sein des COTOREP	66
2.4.2.3.1	Imaginer un autre fonctionnement des commissions spécialisées	66
2.4.2.3.2	Limites	66
2.5	TRAVAILLER LA COMMUNICATION	66
2.5.1	<i>Diffusion du formulaire « évaluation de la capacité de travail », rédigé par le médecin de la COTOREP, aux centres de bilans de compétences</i>	67
2.5.2	<i>Renforcement des moyens des PDITH pour créer ou rétablir toutes les interfaces possibles entre les différents organismes qui se préoccupent de définir un lien entre handicap et travail</i>	67
	CONCLUSION	68
	RELEVÉ DES PROPOSITIONS	70

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AAH 35-2	Allocation aux adultes handicapés servie aux personnes dont l'incapacité reconnue se situe entre 50 et 80 %, la COTOREP estimant que celles-ci ne peuvent se procurer un emploi en raison de leur handicap (référence au décret d'application de la Loi de 1975)
AAH L 821-2	Idem (mais référence à l'article du code de la sécurité sociale)
ACVG	Anciens combattants et victimes de guerre
ADL	Activities of daily living
AFPA	Association pour la formation professionnelle des adultes
AGEFIPH	Association générale pour l'emploi et la formation des personnes handicapées
ANPE	Agence Nationale pour l'emploi
APF	Association des paralysés de France
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAP emploi	Voir EPSR
CAT	Centre d'aide par le travail
CDAS	Commission départementale d'aide sociale
CDCPH	Comité départemental consultatif des personnes handicapées
CDES	Commission départementale de l'éducation spéciale
CFE-CGC	Confédération générale des cadres
CFDT	Confédération française du travail
CFTC	Confédération française des travailleurs chrétiens
CGPME	Confédération générale des petites et moyennes entreprises
CGT-FO	Force Ouvrière
CGT	Confédération générale du travail
CIH2 ou CIF	Classification internationale des handicaps, version 2001
CIM	Classification internationale des maladies
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CNTERHI	Centre National de recherche sur le handicap et les inadaptations
CNCPH	Conseil National consultatif des personnes handicapées
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CSS	Code de la Sécurité Sociale
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de reclassement professionnel
DAGPB	Direction de l'Administration Générale, du Personnel et du Budget du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (Secrétariat d'état à la Santé et à l'Action Sociale)

DDASS	Direction Départementale des affaires sanitaires et sociales (dans certains cas, le sigle désigne le directeur)
DDTEFP	Direction Départementale du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (dans certains cas, ce sigle désigne aussi le directeur)
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (dans certains cas, ce sigle désigne aussi le directeur)
DVIS	Direction vosgienne des interventions sociales (Conseil Général)
EPSR	Equipe de préparation et de suite au reclassement
FMH	Fédération des médecins hospitaliers
FNATH	Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés
FNS	Fonds national de solidarité
FNSEA	Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles
GIP	Groupement d'intérêt public
IADL	Instrumental activities of daily living
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MEDEF	Mouvement des entreprises de France
MSA	Mutualité sociale agricole
OIP	Organisme d'insertion et de placement
OREFIPH	Observatoire régional de l'emploi, de la formation et de l'insertion professionnelle des personnes handicapées
PAIO	Permanence action information orientation
PARE	Programme d'aide au retour à l'emploi
PDITH	Programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés
RMI	Revenu minimum d'insertion
SRITEPSA	Service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique agricoles
UNAPEI	Union nationale des parents d'enfants inadaptés
UNIOPSS	Union Nationale Interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
UNISDA	Union Nationale pour l'Insertion sociale du déficient auditif

Remerciements particuliers à:

- Mme Marie-Dominique SOUMET, Administrateur civile, Mission d'appui aux COTOREP
- Mme Francette MEYNARD, Directrice de la DDASS des Vosges
- Mme le Docteur Marie-José PAPIRER, Médecin coordonnateur de la COTOREP des Vosges
- Mme Dominique PIERRE, Conseillère technique en travail social, chargée de Mission RMI à la DDASS des Vosges
- M. David SIMONETTI, Inspecteur à la DDASS des Vosges, maître de stage
- Mme Nicole LAMBEAUX, Inspectrice à la DDASS des Vosges, chargée des politiques en direction des personnes handicapées
- M. Jacques DESCHANG, Responsable du PDITH des Vosges
- M. le Professeur François LE POULTIER, Cabinet « ACTEVAL »
- M. Thierry VANNSON, Psychologue à l'AFPA
- L'ensemble des membres de la commission spécialisée de 2^{ème} section de la COTOREP des Vosges, ainsi que le personnel
- Mme Arlette LOHER-GOUPIL, encadrante
- Aux documentalistes de l'ENSP et du Collège Coopératif en Bretagne (RENNES 2)
- Aux informaticiens de l'ENSP, et plus particulièrement Mme Catherine FONTAINE

Pour leur aide et conseils précieux.

INTRODUCTION

« La dérive des COTOREP, commissions chargées des dossiers des personnes handicapées adultes, est le signe du désarroi des caisses de sécurité sociale, des élus locaux et des travailleurs sociaux face à des inadaptés sans protection sociale.

La loi du 30 juin 1975, en effet, a été conçue pour les personnes handicapées physiques, mentales ou sensorielles.

Or, devant les COTOREP ont commencé à affluer, dès le début des années 80, des dossiers de gens n'appartenant à aucune de ces catégories mais qui risquaient l'effondrement total sans soutien rapide. Une suite favorable a été donnée à beaucoup d'entre eux : un détournement de procédure bénéfique et inquiétant à la fois »

Vingt-cinq ans après ce livre emblématique de René LENOIR¹, beaucoup d'encre a coulé, beaucoup de propositions ont plaidé pour une réforme des COTOREP, censées selon les uns s'éloigner de l'esprit sinon du texte de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Sur le terrain, en effet, force est de constater que le nombre d'allocations accordées annuellement aux personnes handicapées augmente. Mais a-t-on réellement des pistes pour expliquer le phénomène ? La population présente-t-elle des situations de handicap plus fréquentes qu'au moment de l'adoption de la loi ? Rien n'est moins sûr : à l'examen des chiffres, la population concernée par une incapacité d'au moins 80 % s'avère assez stable.

En revanche, et sur ce point il faut rejoindre René LENOIR, les COTOREP sont amenées plus fréquemment à se prononcer favorablement sur l'octroi d'une allocation à des personnes d'un taux d'incapacité inférieur du fait de l'impossibilité qui leur est reconnue de se procurer un emploi. Pourtant, de nombreux dispositifs sont mis en place, depuis la loi de 1987, pour aider les personnes handicapées à trouver un emploi adapté. Le PDITH, le réseau CAP emploi œuvrent dans ce sens. D'un autre côté, du fait du progrès des techniques, certaines pathologies autrefois rédhibitoires à l'emploi, par exemple l'insuffisance rénale traitée par dialyse, ne le sont plus.

¹ René LENOIR « Les exclus, un français sur dix » Editions du Seuil – PARIS 1974 – 157 pages

De nombreuses études, et notamment celles menées par Pascale ROUSSEL et Dominique VELCHE², chercheurs au CNTERHI, défrichent la connaissance de la population concernée, base indispensable pour comprendre le phénomène.

Celui-ci serait plus rural qu'urbain. A cet égard, le Département des Vosges ne fait pas exception à la règle : le pourcentage des AAH 35-2 dépasse de 3 points la moyenne régionale, et de 2 points la moyenne nationale.

Alors, à quoi réagit la COTOREP des Vosges ? Aux conditions environnementales conjuguant une géographie aux vallées enclavées et une situation de l'emploi dégradée ? A une plus forte sensibilité aux problèmes sociaux ? Aux idées véhiculées par les media sur une certaine idée de l'Europe sociale ?

Avant un rappel des conditions légales et réglementaires qui encadrent l'octroi des allocations aux adultes handicapés, nous vérifierons si le Département des Vosges présente des caractéristiques spécifiques par rapport à d'autres départements ruraux. Nous poursuivrons notre recherche en nous interrogeant sur le fonctionnement des COTOREP et nous tenterons notamment de savoir si, sur le terrain, des difficultés particulières ont pu apparaître et entraîner une certaine forme d'interprétation « locale ».

Ceci nous conduira à nous interroger sur la formation du processus de décision des COTOREP sur la base, notamment, d'une enquête à laquelle les membres de la COTOREP des Vosges ont bien voulu se prêter.

Nous tenterons d'imaginer, enfin, des pistes permettant de construire un outil permettant de relier plus objectivement handicap et travail.

² Pascale ROUSSEL, Dominique VELCHE « Les ressources minimales dans les domaines du handicap et de l'inadaptation, connaissance des titulaires et de leurs conditions de vie » CNTERHI 1995

1 - DES ASSEMBLEES DEDIEES AU HANDICAP

Les Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel (CO.T.O.RE.P) sont compétentes, dans chaque département, pour statuer sur la situation des personnes handicapées adultes. Elles sont composées de personnes qualifiées dans les domaines de l'emploi, de la formation professionnelle, des aides financières, sociales et de la santé. Articulées par deux lois fondamentales, la loi N° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et N° 87-517 du 10 juillet 1987, les COTOREP ont fait l'objet de nombreux rapports qui soulignent un mode de fonctionnement non uniforme sur l'ensemble du territoire, parfois préjudiciable aux personnes en situation de handicap. Les conclusions et les propositions des rapporteurs sont à l'origine d'une évolution lente mais profonde du système. Le chantier de réforme de la loi d'orientation du 30 juin 1975 réfléchit actuellement³ sur une nouvelle architecture des COTOREP, de même que sur un mode de fonctionnement plus conforme aux évolutions de la société. Ceux-ci devraient mettre un terme aux difficultés et au malaise qui s'observent sur le terrain.

1.1 UN REGIME JURIDIQUE ISSU DE LA LOI D'ORIENTATION DE 1975

Les COTOREP sont des commissions qui interviennent en tant que généralistes du handicap. Après un rappel du régime juridique auquel elles obéissent, nous étudierons plus en détail les allocations instituées par la loi pour compenser les situations de handicap. Nous nous intéresserons ensuite aux nombreux rapports officiels dont elles ont été l'objet qui concluent à une exigence de réformation du système, devenu obsolète.

1.1.1 Règles de fonctionnement

Créées par la loi N° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, leur fonctionnement est précisé par les décrets d'application N° 76-478 du 2 juin 1976 et N° 76-707 du 21 juillet 1976, ainsi que par les circulaires CDE N° 21-79 du 7 mai 1979, N° 84-09 du 25 mai 1984, N° 85-08 DU 18 MARS 1985, et N° 86-12 du 4 mars 1986. Ce dispositif législatif et réglementaire est codifié à l'article L323-11 du Code du Travail.

³ Premier semestre 2002

1.1.1.1 composition :

Le tableau suivant montre clairement le poids considérable de la Direction Départementale du travail et de la formation professionnelle, qui intervient directement ou conjointement dans 10 désignations.

Au niveau des organisations syndicales de salariés, une seule personne est en principe désignée. Cependant, dans les faits, leur représentation est beaucoup plus conséquente car les organismes de sécurité sociale ou débiteurs des prestations familiales proposent des administrateurs issus eux-mêmes d'organisations syndicales. Dans le Département des Vosges, cette situation est observée.

Instance de désignation	Nombre	Observation
Conseil Général	1	membre de l'assemblée départementale
DDTEFP conjointement avec le chef du service régional de l'ANPE et un médecin du travail	4	Nommées en raison de leur compétence dans le domaine du handicap
DDASS	3	dont au moins un médecin
Chef du service départemental des ACVG	1	
DRASS avec le chef du service régional de l'inspection du travail et du chef du SRITEPSA	1	obligatoirement un médecin conseil des organismes de sécurité sociale
Mêmes personnalités que ci-dessus	4	Représentants des organismes d'assurance maladie et des organismes débiteurs de prestations familiales
DDTEFP et DDASS conjointement	2	Représentants des organismes de rééducation professionnelle et des CAT
DDTEFP et DDASS conjointement	2	parmi les personnes proposées par les associations les plus représentatives des travailleurs handicapés
DDTEFP	1	parmi les personnes présentées par les organisations syndicales d'employeurs les plus représentatives
DDTEFP	1	parmi les personnes présentées par les associations syndicales de salariés les plus représentatives

1.1.1.2 Présidence :

Le président de la commission est désigné chaque année, soit par le préfet, parmi les membres de la commission, soit, à la demande du préfet, par le président du tribunal de grande instance dans le ressort duquel la commission a son siège, parmi les magistrats de ce tribunal.

1.1.1.3 Suppléants :

Ceux-ci sont désignés par le préfet, sauf en ce qui concerne le conseiller général, désigné par l'assemblée départementale.

1.1.1.4 Durée du mandat :

Les membres sont nommés pour trois ans, sauf le conseiller général, qui suit le sort de son assemblée.

1.1.1.5 Départements importants :

Dans ceux-ci, le nombre de membres est doublé, voire triplé, en fonction des besoins.

1.1.1.6 Saisine :

La COTOREP peut être saisie par la personne handicapée elle-même, par ses parents ou les personnes qui en ont la charge effective ou ses représentants légaux, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et par le directeur départemental du travail et de l'emploi, par l'agence nationale pour l'emploi, avec l'accord de la personne handicapée, lorsqu'elle a enregistré une demande d'emploi de celui-ci, par l'organisme d'assurance maladie intéressé, par l'organisme ou le service appelé à payer une allocation à l'intéressé au titre de son handicap, et enfin, par l'autorité responsable de tout centre, établissement ou service médical ou social intéressé.

1.1.1.7 Division en deux sections spécialisées :

La première section est saisie des cas de mise au travail. Elle est notamment chargée d'apprécier l'aptitude au travail, de reconnaître la qualité de travailleur handicapé et de se prononcer sur l'orientation et le reclassement de l'intéressé. La seconde section est

compétente pour les dossiers ayant trait à l'accueil et aux allocations. Il lui revient d'apprécier le taux d'invalidité, de se prononcer sur l'orientation de l'intéressé, ainsi que sur son admission dans un établissement spécialisé, en particulier dans les centres pour handicapés adultes ayant besoin d'assistance et de soins constants ou de post-cure pour les malades mentaux. Elle est chargée d'attribuer aussi les allocations prévues par la loi de 1975 ou l'allocation logement.

1.1.2 Compétences

1.1.2.1 Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé :

Elle est accordée par la COTOREP 1^{ère} section aux personnes dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par une insuffisance ou une diminution de ses capacités physiques ou mentales (article L.323.10 du Code du Travail). Il existe trois catégories : la catégorie A est relative à un handicap professionnel dont le caractère léger ou temporaire permet d'escompter une adaptation satisfaisante au travail dans un délai maximum de deux ans. La catégorie B concerne un handicap professionnel modéré et durable qui entraîne une limitation permanente de l'adaptation professionnelle. La catégorie C est reconnue en cas de handicap grave et définitif nécessitant un aménagement important du poste. La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ouvre droit aux mesures de financement de l'AGEFIPH (aides techniques, primes à l'employeur, subventions) selon la loi du 10 juillet 1987.

1.1.2.2 Définition de l'orientation professionnelle et des mesures de reclassement :

Il peut s'agir de décisions de formation (stages de reclassement professionnel ou de pré-orientation), de contrats de rééducation en entreprise, de maintien dans l'emploi (avec soutien éventuellement), d'emploi en milieu ordinaire (recherche directe d'emploi, recherche directe avec mesures d'accompagnement spécifiques du PDITH ou de l'EPSR), d'une orientation vers le milieu protégé (atelier protégé, centres d'aide par le travail)

1.1.2.3 Désignation des services ou des établissements appropriés :

La COTOREP oriente les personnes en situation de handicap, et en fonction de celui-ci, vers des établissements permettant le meilleur accueil possible. Le principe est celui du libre choix de l'utilisateur, la personne handicapée elle-même ou sa famille, dans l'hypothèse où la

personne ne pourrait s'exprimer elle-même. Il faut toutefois signaler une forte pénurie de places en CAT et en MAS. D'une façon générale, le Département des Vosges n'a pas une capacité d'accueil suffisante. Apparemment, la COTOREP n'est pas toujours systématiquement informée non plus des places disponibles dans les structures.

1.1.2.4 Attribution de l'allocation aux adultes handicapés ou de l'allocation compensatrice :

La COTOREP 2^{ème} section est compétente pour octroyer ces aides financières prévues par la loi du 30 juin 1975, et notamment l'allocation aux adultes handicapés.

1.1.3 l'allocation aux adultes handicapés

Le dispositif de l'allocation aux adultes handicapés est cadré par les articles L.821-1 à L.821-8 du Code de la sécurité sociale

1.1.3.1 Personnes dont le taux de handicap est supérieur à 80 % :

Article L.821.1 du Code de la Sécurité Sociale ; Article D.821.1 (modifié par le décret N° 94-379 du 16 mai 1994) : Il s'agit de personnes qui présentent des incapacités importantes, rendant très difficile la vie quotidienne et, à de rares exceptions près, l'insertion professionnelle inenvisageable, sinon périlleuse. Pour ces personnes, l'allocation aux adultes handicapés est de droit. Les personnes atteintes par le virus d'immunodéficience humaine sont classées d'office dans cette catégorie.

1.1.3.2 Personnes dont le taux de handicap se situe entre 50 et 80 % :

Article L.821.2 du Code de la Sécurité Sociale ; Article D.821.1 alinéa 2 du Code de la Sécurité Sociale : pour ces personnes, dont les incapacités sont moins importantes, l'allocation sera servie si la COTOREP estime que « la personne ne pourra **se procurer** un emploi du fait du handicap. Dans les faits cependant, il est constaté que les commissions ne respectent pas la lettre du texte mais seulement l'esprit en basant le critère sur **l'employabilité** des personnes, par crainte de faire entrer la quasi-totalité de celles-ci dans le dispositif de l'allocation, les difficultés d'accès à l'emploi étant conditionnées par la vitalité du tissu économique. Normalement, les commissions devraient se prononcer sur les difficultés d'accès à l'emploi et non sur l'exercice de celui-ci. Mais il est vrai qu'en dehors de considérations «comptables » parfois en action, les commissions n'ont pas vraiment de

moyen d'apprécier un accès possible à l'emploi, non seulement en général, mais aussi compte tenu du handicap.

Il faut noter également que la chambre civile de la cour de cassation, dans un arrêt du 1^{er} juin 1988, lequel a fait jurisprudence, a décidé que l'activité dans un CAT ne fait pas obstacle à l'octroi de l'AAH au titre de cet article. Les juges ont considéré, en effet, que l'orientation vers un centre d'aide par le travail ne confère pas une possibilité d'emploi. Par conséquent, les personnes concernées, atteintes d'un taux d'incapacité permanente de moins de 80 % sont dans l'impossibilité de se procurer un emploi et ont droit à l'AAH de moins de 80 %. Dans la revue de droit sanitaire et social du 24 octobre 1988, le commentateur, M. LECOQ, notait que cet arrêt « de portée pratique et d'incidence financière importante, paraît devoir être approuvé sur le plan juridique ».

1.1.3.3 Ressortissants étrangers :

Article L 821.9 du Code de la Sécurité Sociale. Ceux-ci disposent des mêmes droits que les ressortissants français, dès lors qu'ils sont en situation régulière au regard de l'immigration. Les ressortissants clandestins sont donc exclus du champ de l'allocation, de même que ceux qui ont déposé un dossier de régularisation à la Préfecture et pour lesquels l'Administration n'a pas statué. Compte tenu du fait qu'il peut s'écouler plus d'une année pour régulariser certains dossiers, des situations humaines difficiles peuvent se produire. Il serait bon d'étendre le bénéfice du droit dès l'instant où l'étranger s'est présenté à la Préfecture. Un statut particulier pourrait être imaginé : dès le moment où la personne serait connue des services, et que ceux-ci, pour des raisons qui leur appartiennent, ne seraient pas en mesure de traiter le dossier, elle disposerait des mêmes droits que les résidents.

1.1.3.4 Appréciation du pourcentage d'incapacité :

Article D.821.1 du Code de la Sécurité sociale, alinéa 3 ; Circulaire N° 93/36-B du 23 novembre 1993) : cette appréciation est établie par application du guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités, élaboré en 1993 à partir de la classification internationale des handicaps N° 1. Dans ce guide, une fourchette de taux est proposée en fonction des limitations rencontrées par la personne dans la réalisation d'actes de la vie quotidienne ou dans l'insertion professionnelle. Plus les limitations sont importantes, plus les fourchettes de taux sont élevées. Les médecins doivent apprécier globalement l'état de santé de la personne et non additionner des taux provenant de déficiences différentes. Cependant, la difficulté réside dans des indications parfaitement subjectives telles que

« n'entravant pas l'insertion professionnelle et sociale » ou « permettant le maintien d'une vie quotidienne relativement satisfaisante » dont sont truffés la plupart des chapitres. Dans le cas, majoritaire, où les problèmes personnels, sociaux et sanitaires sont étroitement intriqués, les équipes se retrouvent rapidement en difficulté.

1.1.3.5 Dépôt de la demande :

Article R 821.2 du Code de la Sécurité Sociale : la demande d'allocation, accompagnée de toutes les pièces justificatives, est adressée à la COTOREP du lieu de résidence de l'intéressé par l'intermédiaire de la caisse mentionnée à l'article R 821-6 (caisse d'allocations familiales ou MSA). Dans les faits, la plupart des CCAS adressent directement cette demande, qu'ils doivent viser, à la COTOREP.

1.1.3.6 Revenus pris en compte :

Article R 821.4 du Code de la Sécurité Sociale : il faut retenir de cet article que de nombreuses ressources, autres que celles provenant d'un emploi salarié ou non salarié, n'entrent pas en compte pour le calcul des droits à l'AAH : la retraite du combattant, les prestations familiales, les pensions attachées aux distinctions honorifiques, l'allocation de logement, les rentes viagères (2° de l'article 199 septies du code général des impôts) lorsqu'elles ont été constituées en faveur d'une personne handicapée. Cette même rente est cependant limitée si elle a été constituée par une personne handicapée pour elle-même. En revanche, les ressources en provenance de l'étranger, dans la mesure où elles peuvent être connues, entrent dans l'assiette de calcul de l'allocation.

Article D 821.2 du Code de la Sécurité Sociale : les ressources ainsi déterminées ne doivent pas dépasser le plafond fixé pour l'octroi de l'allocation aux vieux travailleurs salariés aux personnes seules, applicable au 1° juillet de l'année de référence. Pour un couple marié, le plafond pour personne seule est doublé. S'il y a des enfants à charge, un demi-plafond est attribué par enfant. S'il y a modification dans la situation de la personne qui lui est plus favorable (perte de l'emploi du conjoint), les droits sont réexaminés à compter du mois précédant l'événement. Dans le cas contraire (par exemple un enfant cessant d'être à charge), la situation est réexaminée à compter du mois suivant. Si la personne passe d'un temps complet à un temps partiel pendant plus de deux mois consécutifs, le réexamen ne tient pas compte des salaires perçus pendant les douze mois précédents. Les rapports qui

se sont penchés sur l'AAH et notamment le rapport Pierre LUBEK pour l'IGF et l'IGAS, estiment que le régime de l'AAH est, somme toute, favorable⁴.

Il faut retenir aussi que l'allocation obéit au principe de subsidiarité dans la mesure où, si l'ensemble des ressources majorées de l'AAH dépasse le plafond fixé pour l'obtention de l'allocation, cette dernière est réduite « à due concurrence ».

1.1.3.7 Durée d'attribution

Article R 821.5 du code de la sécurité sociale (modifié par le décret N° 2001-532 du 20 juin 2001) : la durée minimale est fixée à un an et la durée maximale est fixée à 5 ans. Dans certains cas, notamment lorsque l'état de santé de la personne est considéré comme non évolutif, l'allocation peut être accordée pour une durée entre 5 et 10 ans. S'agissant des cas relevant de l'AAH 35-2 examinés à la COTOREP des Vosges, la durée est la plupart du temps fixée à un an, deux dans le meilleur des cas. Le souci de la commission est bien évidemment de prendre en compte une évolution de l'état de santé dès qu'elle se produit.

1.1.3.8 Montant

Article D 821-3 du Code de la Sécurité Sociale : le montant est fixé en référence à l'allocation aux vieux travailleurs salariés. Au 1^{er} janvier 2002, son montant est fixé à 569,38 euros.

1.1.3.9 Liquidation et paiement

Articles R.821.6 et R 821.7 du Code de la Sécurité Sociale : la liquidation est effectuée par la caisse d'allocations familiales du domicile du demandeur. Dans la mesure où l'intéressé relève de la législation agricole, l'allocation est liquidée par la mutualité sociale agricole de son domicile.

⁴ Rapport d'enquête sur l'allocation aux adultes handicapés. Pierre LUBEK, François WERNER, Michel LAROQUE, PARIS, Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, 1998, 89 pages

1.1.3.10 Réductions de l'allocation

Article R 821-13 (modifié par le décret N° 94-634 du 19 juillet 1994) : le montant peut être réduit, sans qu'il puisse être inférieur à 12 % de l'allocation antérieurement servie, si la personne est accueillie en maison d'accueil spécialisée ou si elle est incarcérée. A priori, les allocataires AAH 35-2 ne peuvent qu'exceptionnellement être concernés par ces dispositions.

1.2 DES COMMISSIONS INADAPTEES...

1.2.1 Des rapports parfois sévères

Plusieurs rapports se sont intéressés au fonctionnement des COTOREP et à l'allocation aux adultes handicapés. Nous en citerons trois qui procèdent à un large balayage des problématiques.

1.2.1.1 Rapport de M.Yves CARCENAC (1994) pour l'Inspection Générale des Affaires Sociales

M. Yves CARCENAC est à l'origine des indicateurs proposés dans l'instruction N° 94-30 du 1^{er} avril 1994 relative à la modernisation des COTOREP. Celui-ci avait, en effet, établi qu'il était bien difficile d'allouer des moyens sans connaître de manière plus précise l'activité des COTOREP. Les ratios qu'il a proposés peuvent être, par exemple, un ratio « personnel administratif et médical » au regard de la charge de travail, rapportée aux délais de traitement des demandes. Par ce type d'indicateur, il a été possible de déterminer plus facilement les COTOREP qui semblaient être en difficultés et qui devaient être renforcées en termes de moyens.

1.2.1.2 Rapport d'enquête de l'IGAS et de l'IGF sur l'allocation aux adultes handicapés (1998)

Ce rapport dénonce le caractère artificiellement collégial des décisions d'attribution de l'AAH, celles-ci étant le plus souvent la résultante d'une évaluation de nature médicale, surtout en deuxième section. Selon les deux inspections générales, « la deuxième section des COTOREP apparaît vouée à jouer le simple rôle d'une chambre d'enregistrement ». Les auteurs du rapport posent ce diagnostic à l'issue des nombreux entretiens qu'ils ont menés et des témoignages quasi-unanimes des acteurs interrogés selon lesquels il est

extrêmement rare que la deuxième section infirme une évaluation faite par un médecin de la COTOREP. Les auteurs font état également d'une enquête statistique menée par la mission dans l'ensemble des COTOREP établissant que 6,9 % seulement des décisions favorables ont été prises en contradiction avec la proposition du médecin rapporteur, et notent que, dans la quasi totalité des cas, il s'agissait d'une réponse favorable au demandeur.

Plus grave est la critique d'une « gestion empirique et souvent artisanale ». L'absence d'un budget clairement identifié, éclaté entre deux directions d'un même ministère, ne contribue pas à la rationalisation d'un programme de modernisation, pourtant nécessaire. Les moyens informatiques (logiciels et notamment l'application ITAC) sont totalement obsolètes, ce que nous avons effectivement constaté dans les Vosges, et le traitement statistique pour l'instant inopérant. Nous l'avons vérifié également sur le terrain.

Les auteurs regrettent aussi un management des deux directeurs départementaux dans l'ensemble lointain, aucun ne trouvant matière à se battre pour défendre l'obtention de moyens pourtant indispensables. Depuis 2001, dans les Vosges, cependant, les choses semblent bouger puisqu'un nouveau logiciel informatique a été mis à disposition et qu'un médecin coordonnateur a pris son poste. Les moyens communiqués par la Directrice de la DDASS des Vosges semblent cependant trop faibles au regard de la charge de travail de la COTOREP.

Par ailleurs, au niveau du processus de décision, nord central, semble-t-il, d'une éventuelle dérive dans l'application de la législation concernant l'allocation aux adultes handicapés, les inspecteurs généraux notent des modalités de délibération extrêmement variables et par suite, une grande hétérogénéité du traitement accordée aux dossiers présentés par les usagers.

Ainsi, nombre de COTOREP sont allées au delà des recommandations de la note d'orientation du 1^{er} août 1994 qui entendait limiter le procédé d'approbation sur listes à certains cas précis (décision de renouvellement à situation inchangée, avis favorable pour un taux d'incapacité de 80 %). Nous avons constaté, dans les Vosges, que depuis le mois de septembre 2001, un très petit nombre de dossiers donnant lieu à hésitation ou susceptibles de favoriser l'émergence ou la consolidation d'une doctrine, arrivent en commission spécialisée, ce qui ne laisse pas d'inquiéter un nombre important de membres qui se trouvent mal à l'aise dans cette configuration-là. Ils estiment, par certains côtés, trahir le mandat de l'assemblée ou de l'organisme qui les a désignés. Cependant, il faut tout de même signaler le rôle tout à fait intéressant joué par le médecin coordonnateur de la

COTOREP, qui traite à fond les dossiers arrivant en deuxième section et reçoit la presque totalité des personnes concernées à son bureau médical du quai Barbier.

Les rapporteurs notent aussi que, dans la plupart des COTOREP, l'équipe technique de première section est clairement constituée et fonctionne plutôt bien. La réalité semble plus variable en deuxième section, se réduisant parfois à un tandem formé par le médecin coordonnateur et le secrétaire de la section. Dans les Vosges, nous avons constaté que cinq personnes se réunissent chaque jeudi matin : le médecin coordonnateur, le médecin de la COTOREP, le médecin de la DVIS, placés symboliquement en face d'une assistante sociale de la Caisse d'allocations familiales. De côté, le secrétaire de la COTOREP passe les dossiers ou recherche, le cas échéant, un dossier plus ancien qui n'aurait pas été versé au dossier étudié. Bien évidemment, ce mode de fonctionnement permet la préservation du secret médical, la travailleuse sociale ne recevant que la partie administrative du dossier. Au regard du rapport LUBEK, la situation vosgienne paraît somme toute assez favorable en ce qui concerne l'équipe technique, dont les avis sont très rarement contestés. Toutefois, il serait bon de renforcer les vacations de psychiatres, les pathologies mentales ou comportementales s'avérant fréquentes, à ce que nous avons constaté sur place dans les réunions auxquelles nous avons participé.

1.2.1.3 Rapport d'information déposé par la Commission des Finances, de l'économie générale et du plan en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle constituée le 22 décembre 1999 sur le fonctionnement des COTOREP⁵

Dans ce rapport de mission, titré « L'indispensable réforme des COTOREP » menée par Pierre FORGUES, Député, les parlementaires dénoncent l'absence de volonté politique de traiter le problème : « instructions, notes d'orientation, circulaires et même décrets semblent s'enliser dans les sables administratifs ». Didier MIGAUD, rapporteur spécial, n'aurait pu obtenir aucune information du Ministère de l'Emploi et de la solidarité sur les suites réservées aux propositions formulées par M. Yves CARCENAC et pas plus à celles des inspections générales des finances et des affaires sociales. Et le rapporteur de s'interroger : « soit les suggestions faites n'ont pas été considérées comme bonnes, soit elles n'ont pu être appliquées en raison de dysfonctionnements structurels ». Le secrétaire d'Etat à la santé et aux personnes handicapées, lui-même, évoque « un système sans pilotage, sans

⁵ Pierre FORGUES, France, Assemblée Nationale, 2000, 233 pages, DIAN N° 2542

orientation et sans coordination », une « juxtaposition de responsabilités administratives avec une collégialité de façade » et une égalité de traitement « à l'évidence » non assurée⁶.

Il est ajouté que les COTOREP ne sont pas du tout préparées à aborder de manière satisfaisante le « handicap social ». Selon M. Patrick SEGAL, délégué interministériel aux personnes handicapées à l'époque, il y aurait même « presque une forme de provocation à dire aux personnes handicapées physiques, mentales, sensorielles et polyhandicapées qu'elles sont amalgamées à des personnes qui sont dans le stress du chômage. Ce sont deux choses totalement séparées. Or, dans la mesure où un amalgame des deux a été fait, on a tué les COTOREP ».

S'agissant du problème de traitement de l'AAH 35-2, il est dénoncé aussi dans le rapport que, faute de connaître la jurisprudence élaborée par les tribunaux de l'incapacité, tant en première instance qu'en appel, les COTOREP se positionnent de manière « autonome et fluctuante » face à cette problématique. Les dérives seraient également le fait qu'il faut plus que tout « évacuer des flux⁷ », d'où un traitement de dossier plus qu'un traitement de la situation d'une personne.

Pour autant, les parlementaires estiment que si la personne est dans l'incapacité provisoire ou non de travailler, elle doit pouvoir bénéficier d'une allocation de remplacement. Dans le cas contraire, « c'est la volonté d'insertion et le parallélisme avec le droit commun qui doivent l'emporter ».

Compte tenu également des demandes indues qui parviennent à la COTOREP, que nous avons aussi constatées dans les Vosges, il conviendrait de sensibiliser les services et les institutions qui orientent les demandeurs vers les COTOREP. M. Sylvain PICARD, Inspecteur des Affaires sociales, interviewé par la mission, déclarait que « certains services sociaux des hôpitaux donnent systématiquement, par exemple, à certaines catégories de malades, un dossier COTOREP ».

Dans une autre interview menée par la mission, Mme Catherine AGIUS, mandatée par l'UNIOSS, révélait aussi que dans le seul Département du Val-de-Marne, une enquête annuelle avait démontré que 40 % des dossiers, sur 70 000 reçus dans l'année, ne

⁶ Rapport Pierre FORGUES, fin de l'introduction.

⁷ Allocution de M. Jean-Marc BOULANGER, Délégué adjoint à l'emploi et à la formation professionnelle, devant la mission parlementaire

correspondaient pas aux missions de la COTOREP ou étaient mal remplis. Sachant que la même mission parlementaire évalue le coût de traitement d'un dossier à 440 francs⁸, c'est une somme de 12 320 000 F (1 878 172 euros) qui aurait été gaspillée par la collectivité pour ce seul département. Sachant qu'il y a 100 départements en France, on imagine aisément le gouffre représenté par de telles dérives et l'intérêt de procéder à une information de qualité en amont, ainsi que le préconisent les parlementaires. Un redéploiement de ces crédits mal utilisés permettrait sûrement, en outre, de résoudre en partie le déficit en personnel constaté, au niveau des assistants sociaux, des médecins généralistes et des psychiatres.

1.2.2 Des difficultés de fonctionnement trop nombreuses

Les difficultés sont de plusieurs ordres : le pilotage relevant de deux directions différentes, a des incidences importantes au niveau de la difficulté d'obtention de moyens budgétaires suffisants de fonctionnement, du statut des médecins, comme sur celui des statistiques. Par ailleurs, le problème de l'information insuffisante sur l'activité de la COTOREP, en amont, pèse considérablement sur le flux, tant quantitatif que qualitatif de la demande déposée devant la commission. Enfin, des problèmes de communication interne, liés à la méconnaissance des membres entre eux, nuisent également à la qualité et à l'homogénéité des décisions.

1.2.2.1 Difficultés liées à une organisation bicéphale entre la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

1.2.2.1.1 Répercussions notamment sur le statut et la rémunération des médecins

Du fait du partage des responsabilités entre deux directions d'un même ministère, les deux directeurs, le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, d'une part, et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales, d'autre part, ont des difficultés à se battre pour obtenir des moyens budgétaires et humains pour faire fonctionner la COTOREP. Les crédits "peau de chagrin" ne contribuent pas à

⁸ Mme Marie-Dominique SOUMET, Chef de la Mission d'Appui aux COTOREP, rencontrée le 11 avril 2002, a fait observer que cette somme, qui paraît à première vue importante, illustre en fait la faiblesse des moyens des COTOREP. Dans la plupart des administrations, en effet, des expertises établissent le coût moyen acceptable de traitement des dossiers à 1000 F (152,45 euros)

donner aux médecins intervenants un statut correct au regard des responsabilités qu'ils assument, les cantonnant le plus souvent à un système de vacations, peu revalorisées en dix ans. Les Vosges ne font pas exception à la règle.

1.2.2.1.2 Statistiques fines non « transparentes » entre les deux directions

Lorsque nous avons entrepris, au début de l'étude, d'examiner les statistiques concernant l'AAH, notamment celles accordées aux personnes présentant un taux d'incapacité compris entre 50 et 80 %, nous avons contacté le statisticien de la DRASS. Il nous a expliqué que le système informatique des COTOREP était tellement obsolète qu'il lui serait impossible de répondre à la demande. Il nous a informé, par contre, que la Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle disposait de statistiques fines, auxquelles lui-même n'avait pas accès, ce qui nous semble anormal puisqu'il s'agit d'un même ministère.

Devant ces difficultés, nous avons, en conséquence, basé notre travail en grande partie sur les travaux de Pascale ROUSSEL et Dominique VELCHE pour mieux cerner la population à laquelle s'applique le champ d'étude du présent mémoire.

1.2.2.2 Des demandes qui ne relèvent pas du champ d'application de l'AAH :

L'insuffisance des renseignements présentés par les médecins généralistes génère un flux de dossiers qui ne relèvent pas du champ d'application des COTOREP. Par ailleurs, le traitement social s'avère insuffisant du fait de l'absence d'une assistante sociale au sein du personnel de la COTOREP des Vosges.

1.2.2.2.1 Traitement en amont insuffisant

A la COTOREP des Vosges, de trop nombreux dossiers arrivent encore insuffisamment renseignés, tant au niveau médical qu'au niveau social.

Au niveau médical, un travail important serait à mettre en place, en ce qui concerne la formation initiale ou continue des médecins généralistes ou spécialistes, afin qu'ils donnent les informations nécessaires, et seulement celles-là dans le dossier médical de la personne. Ce n'est que rarement le cas. Souvent, les certificats sont, aux dires des médecins de l'équipe technique, sommaires, ou alors établis dans un jargon abusivement technique, tel ce certificat remis par un spécialiste des maladies de la colonne vertébrale, sur trois pages dactylographiées, alors qu'il suffisait de quelques lignes pour faire l'historique du rétrécissement du canal lombaire avec complications arthrosiques de la personne qui souhaitait faire évaluer son taux d'incapacité par la COTOREP. Dans le Nord, selon le

rapport LUBEK, déjà cité, une expérience intéressante a été initiée par la COTOREP avec la confection d'un formulaire spécifique qui donne toutes les informations nécessaires à la commission. Cette initiative gagnerait à être généralisée par la mission FONROJET (voir infra page 24).

Au niveau social, l'absence d'une assistante sociale au sein du personnel de la COTOREP se fait cruellement sentir. Il serait d'ailleurs important de réformer la pratique selon laquelle le dossier doit être absolument instruit, même si l'on sait pertinemment que la demande ne relève pas du champ de compétences de la commission. Ainsi ce dossier de demande d'AAH présenté par une personne qui disposait de revenus personnels trop importants, son mari étant professeur. Une mobilisation de dix personnes sur ce dossier à des moments divers correspond à un gaspillage inutile pour la collectivité. Non seulement, il n'est pas possible de recruter un personnel suffisant, mais en plus, l'absence de clarté dans la réglementation conduit à l'utiliser sur des dossiers que l'on sait pertinemment inopérants. Il s'agit en outre d'un énorme gâchis en termes de crédibilité : la personne handicapée, traînée de "Pilate à Hérode", a le sentiment que l'Etat, lui tenant deux discours ambivalents (affirmation de droits d'un côté, refus de les mettre en application de l'autre), nie à la fois son handicap et sa souffrance.

Il serait ainsi important qu'une assistante sociale puisse décider, au regard de l'examen des ressources, que tel dossier dépassant le plafond, doit être renvoyé à son auteur avec les explications nécessaires. Il faut d'ailleurs noter qu'il y a quelques années, un partenariat intéressant avait été initié avec la Caisse d'Allocations Familiales. Celle-ci examinait le dossier en premier lieu au niveau des ressources et évitait d'emboliser l'activité de la COTOREP avec des dossiers n'ayant aucune chance d'aboutir. D'après M. CHARTON, qui était chargé de ce travail avant sa mise à la retraite, la CAF aurait recentré ses missions et supprimé sa présence en équipe technique, pour des motifs essentiellement budgétaires. Ce partenariat serait peut-être à reconstruire, dans les Vosges, pour le cas où aucune assistante sociale ne pourrait être recrutée. Il semble qu'ailleurs en France, la Caisse d'Allocations Familiales participe encore aux équipes techniques. Par conséquent, il peut en être déduit qu'aucun obstacle de nature juridique ne bloque le partenariat entre les deux institutions.

1.2.2.2 Demandes relevant de l'invalidité CPAM ou MSA

Bien souvent, les membres de la COTOREP sont confrontés à des demandes de personnes qui relèvent normalement de l'invalidité CPAM ou MSA, puisqu'elles ont une durée d'activité suffisante pour avoir un revenu de subsistance par ce biais. Dans l'étude menée par Pascale

ROUSSEL et Dominique VELCHE en 1995, la porosité de la frontière entre l'invalidité et l'AAH avait d'ailleurs été relevée.

En pratique, la personne présentant un dossier d'invalidité ne voit son droit ouvert que si elle est immatriculée depuis au moins 12 mois et si elle peut justifier de 800 heures d'activité salariée ou assimilée (la période de chômage, par exemple, est assimilée à une période d'activité salariée) au cours de l'année précédente. Mais d'autres critères se combinent, pour les non-salariés, par exemple, la réglementation est particulièrement complexe, notamment au niveau des ressources prises en compte. De ce fait, un certain nombre de travailleurs se voient attribuer l'AAH faute de remplir toutes les conditions.

1.2.2.2.3 Demandes déposées par des personnes bénéficiaires du RMI

Selon une étude menée par Pascale ROUSSEL et Dominique VELCHE⁹, la question se pose de savoir si les critères ne sont pas en train de s'assouplir afin de permettre la prise en charge de personnes ayant peu d'incapacité mais beaucoup de problèmes d'emploi.

Le taux de 50 % correspond, de par la construction du guide barème à des personnes dont les incapacités sont réelles mais n'entravent pas totalement les actes de la vie socioprofessionnelle ou quotidienne et donc celles les plus proches des titulaires du RMI en termes de santé.

Selon une autre étude, menée par la DREES¹⁰, 12 % des allocataires sont sortis du RMI pour émarger à l'AAH. La quasi-totalité de la population concernée évoque des problèmes de santé permanents ou très fréquents. Il s'agit le plus souvent de personnes seules. Plus de la moitié était au RMI depuis plus de 2 ans. Ces deux éléments sont également confirmés par l'étude du CERC : problèmes de santé et marginalité sont liés.

Pascale ROUSSEL et Dominique VELCHE ont établi, par ailleurs, dans leur étude que, dans certains départements, si la COTOREP est jugée sévère, un dossier RMI est instruit de préférence à un dépôt d'AAH et l'inverse si la COTOREP a une attitude plus souple. L'une ou l'autre institution jouerait de rôle de «voiture-balai » institutionnelle en l'absence de création d'un minimum social spécifique aux personnes ni handicapées ni insérables. Ainsi, dans les Vosges, dès lors que le rapport RMI/AAH penche plutôt vers l'AAH, il est possible d'envisager un consensus des acteurs sur une certaine souplesse de la COTOREP.

⁹ Pascale ROUSSEL, Dominique VELCHE « Minimum social avec ou sans handicap : existe-t-il une frontière nette et étanche ? » in Revue française des affaires sociales, N° 1, mars 1998, 52^{ème} année

¹⁰ « Etudes et résultats » N°16, mai 1999

Dans ce département, en 2001, 25 % des allocataires RMI sortis du dispositif ont obtenu une AAH 35-2. Pour autant, d'après Mlle PIERRE, Conseillère technique à la DDASS des Vosges, il s'agit rarement d'une dérive. Il est des cas où l'état de santé de la personne est réellement dégradé et bloque tout dispositif d'insertion. En dehors de l'amélioration réelle de la situation financière (+ 160 euros mensuellement), l'AAH permet à la personne de souffler pendant quelques années, sans avoir à justifier d'une insertion. Pour certains, en effet, les vérifications sont ressenties douloureusement. Mais il faut savoir aussi que l'AAH peut enfermer la personne, qui se retranche chez elle. Le risque de désaffiliation est réel et bien connu des services sociaux, qui s'efforcent d'agir au mieux des intérêts et de l'état psychologique de la personne.

1.2.2.2.4 Examen d'un éventuel glissement RMI-AAH

Dans une enquête réalisée en 1995¹¹, par Marie-Odile GILLES et Michel LEGROS, il est établi que, s'agissant des ressources, un individu isolé ne peut subsister uniquement avec des revenus d'origine sociale. Les allocataires RMI rencontrés dans le cadre de l'enquête montrent bien que le RMI ne permet de vivre qu'une partie du mois. « La mendicité, le travail au noir ou d'autres activités doivent venir en compléter le montant pour rémunérer l'hébergement et la nourriture » notent les auteurs.

Dans cette hypothèse, l'augmentation du revenu, que nous rappelions tout à l'heure, serait retenue comme grille de lecture. D'après une étude du CERC sur les allocataires RMI¹², il y aurait 3 catégories de RMIstes, dont une seulement susceptible de glisser vers l'AAH :

POPULATION DE TYPE 1 : 40 % des allocataires.

« Personnes qui disposent de quelques atouts professionnels, mais dont les liens sociaux sont fragiles. Il s'agit d'allocataires assez jeunes qui ont vécu une succession de stages, d'emplois précaires et de périodes de chômage et qui sont souvent hébergés par leur famille ou chez des amis. Il s'agit aussi d'ouvriers un peu plus âgés qui ont connu l'épreuve d'un licenciement économique, dont la vie a été structurée par le travail et dont le lien social est menacé par ce déclassement. Les trajectoires des ces personnes depuis l'enfance ne sont

¹¹ « Politiques sociales, l'épreuve de la pauvreté » Enquête approfondie sur 754 personnes en situation de pauvreté – Marie-Odile GILLES, Michel LEGROS – Paris, CERC (1995) 401 pages

¹² « Atouts et difficultés des allocataires du RMI – Rapport final – CERC N° 102, 3^{ème} trimestre 1991, 220 pages, cité in Dominique CHANTELOUP, mémoire de DUPITH, collège coopératif en Bretagne

pas marquées par de profondes ruptures familiales ou professionnelles. Il s'agit d'une population victime avant tout des difficultés du marché de l'emploi. »

POPULATION DE TYPE 2 : 45 % des allocataires

« Personnes dont la probabilité d'accès à un emploi est, au moins à court terme, beaucoup plus faible, mais dont les liens sociaux demeurent développés. Il s'agit surtout de personnes chargées de famille, souvent des femmes seules avec des enfants, mais aussi de personnes souffrant de handicaps de santé ou des personnes relativement âgées qui attendent la retraite. Contrairement aux allocataires proches du type 1, elles sont plus nombreuses à avoir connu une enfance difficile. Elles ont eu, en particulier pour les femmes, des charges familiales précoces et parfois une vie conjugale instable. Nombreuses sont celles qui n'ont jamais travaillé ou qui ont interrompu leur activité professionnelle depuis plusieurs années en raison de charges familiales ou à la suite de problèmes de santé. De fait, ces personnes étaient souvent connues déjà des travailleurs sociaux avant le RMI et elles restent en relation avec le service d'action sociale.

POPULATION DE TYPE 3 (15 % des allocataires RMI)

Il s'agit de personnes dont la situation se caractérise par une profonde désocialisation et un cumul de handicaps tant professionnels que sociaux. On peut parler dans ce cas d'une véritable spirale de la pauvreté. Ces personnes ont presque toutes connu dès leur enfance des difficultés d'ordre relationnel avec leur famille, difficultés qui se sont souvent traduites par un placement à l'assistance publique, des problèmes scolaires et une entrée laborieuse sur le marché de l'emploi. Après un déclassement par rapport au monde du travail, leur chute a été rapide : elles ont souvent, en l'espace de quelques années, tout perdu : leur emploi, leur logement, leurs droits sociaux.

D'après Dominique CHANTELOUP¹³, à partir de cette mise en relief de la population des bénéficiaires du RMI, il est possible de dire que le passage entre l'AAH et le RMI concerne uniquement les allocataires identifiés dans la population de type 3. Car une femme seule avec 3 enfants, par exemple, aurait des revenus supérieurs à l'AAH et n'aurait donc aucun intérêt, en termes financiers, à solliciter cette allocation. Par ailleurs, une personne repérée comme faisant partie de la première catégorie aurait, d'une part de grosses difficultés à se faire reconnaître handicapée et, d'autre part cela ne répondrait pas à sa préoccupation première qui est de retrouver un emploi.

¹³ CHANTELOUP Dominique « Et si le revenu avait pris le pas sur le statut » Mémoire de DUPITH, Collège coopératif en Bretagne, Université de RENNES 2, 1996

Le problème du glissement RMI-AAH est connu depuis plusieurs années. Ce repérage avait d'ailleurs donné lieu à une modification dans les conditions d'attribution de l'AAH.

La loi de 1975, dite en faveur des handicapés, prévoyait en effet dans son article 2 que la personne handicapée, dans l'impossibilité de se procurer un emploi, pouvait prétendre au bénéfice de l'AAH quel que soit son taux d'incapacité. La loi de finances pour 1994 a modifié ce point. Ceci semble être la conséquence directe d'un rapport de la cour des comptes, paru en 1993, sur les politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes.

Il faut noter aussi avec Pascale ROUSSEL et Dominique VELCHE¹⁴, qui ont réalisé une intéressante étude sur les allocataires AAH 35-2, le caractère obsolète des critères d'attribution des allocations puisque, bien qu'ils s'appliquent encore très bien, ils ne parviennent plus à isoler des groupes aux caractères spécifiques. Ces auteurs concluent que les situations limites laissent penser que la question n'est pas celle d'une dérive de l'AAH occasionnée par la seule volonté des services sociaux de trouver « une solution discutable aux détresses individuelles ». Il est plus probable que les exigences du marché de l'emploi influent tout autant les systèmes de compensation du handicap que les retraites, autre mode de sortie du marché de l'emploi. Ce dernier point semble toutefois infirmé, localement, par les résultats de l'enquête menée auprès de la COTOREP des Vosges.

1.2.2.3 Information insuffisante

Le problème de l'information, tant en interne qu'avec l'extérieur est aggravé par l'absence d'une dynamique de groupe et le cloisonnement des sections.

1.2.2.3.1 *En interne*

Des réunions plénières annuelles sont beaucoup trop rares dans les Vosges. La dernière a eu lieu en janvier 2002, l'avant-dernière en 1996. Pourtant, elles permettent une vision d'ensemble du dispositif et surtout de s'arrêter un instant, toutes sections confondues, sur l'activité de la commission et les statistiques, de réfléchir à une position commune. La richesse des questions posées en fin de séance témoigne d'un fort désir d'information des membres de la COTOREP auxquels il est demandé de statuer sur le sort des personnes en un temps très court. Pour l'AAH 35-2, le questionnaire a fait apparaître le désir de « parler » du problème de lien entre handicap et travail.

¹⁴ Pascale ROUSSEL, Dominique VELCHE « Enquête sur les bénéficiaires de l'AAH 35-2 » 2000 CNTERHI

1.2.2.3.2 *En externe*

En externe, nous l'avons vu, nul ne sait ce que fait la COTOREP, comment s'articulent les deux sections, ni comment s'obtiennent les allocations. Les usagers eux-mêmes se perdent dans une demande « simplifiée » de plusieurs pages. De ce fait, et souvent sur les conseils de leur médecin, guère mieux informé que le reste de la population, ils cochent toutes les demandes, même s'il est patent qu'ils ne pourront obtenir une allocation, du fait d'un taux d'incapacité prévisible trop faible ou de ressources trop importantes. Cette situation n'affecte pas plus particulièrement la population relevant de l'AAH 35-2 mais contribue à l'opacité générale de l'activité de la commission.

1.2.2.4 Absence de dynamique de groupe

1.2.2.4.1 *Des membres qui se connaissent peu*

Le questionnaire et les entretiens de synthèse ont fait apparaître que les membres se connaissent très peu. En fait, ils ne se rencontrent qu'aux commissions, n'échangent que rarement après les séances, au terme desquelles chacun retourne à ses occupations. Or, ils ont un vif désir d'échanger, de parler de leurs difficultés d'appréciation du handicap ou des cas où leur décision a été particulièrement difficile à prendre.

Interrogés sur ce dernier point, une majorité des membres a cité le même cas qui les avait « secoués » au cours des 12 derniers mois : Il s'agissait d'un jeune homme, sans revenu, inadapté social qui avait été placé dans un foyer depuis sa petite enfance. En outre, il n'avait jamais réellement pu conserver un emploi ou une relation. L'AAH qualifiée « d'alimentaire » par un des membres a été accordée mais un réel mal-être a été ressenti au sein de la commission. Un entretien à tout le moins ou un ajournement de décision auraient sans doute été préférables.

1.2.2.4.2 *Deux sections qui sont trop cloisonnées*

Il n'est pas inutile de rappeler l'excessif cloisonnement des deux sections, l'une pilotée par la Direction du Travail et la seconde par la Direction des affaires sanitaires et sociales. Dans certains cas, et notamment dans ceux correspondant aux dossiers de demande d'AAH 35-2, l'apport technique de la première section, qui possède la connaissance nécessaire du marché local de l'emploi, du degré d'exigence des employeurs ou de l'adéquation possible entre tel handicap et tel emploi, pourrait s'avérer particulièrement intéressant. Il est d'ailleurs

préconisé dans la circulaire du 27 février 2002 sur la fusion des deux sections¹⁵. Cependant une limite doit être signalée : apparemment, l'AFPA a donné des consignes strictes à ses ressortissants de ne plus participer aux séances de la COTOREP pour des motifs budgétaires. Les conventions n'auraient pas été renouvelées et il semble important qu'au niveau de la DDASS comme de la Direction du Travail, une attention particulière soit apportée au partenariat et au dispositif juridique et financier y relatif.

1.2.2.5 Malaise interne traduit dans les réponses aux questionnaires

Un règlement intérieur et une meilleure connaissance des membres entre eux pourraient remédier à un malaise observé au cours de l'enquête dont sont responsables des pratiques obsolètes qu'il faudra réformer.

1.2.2.5.1 *Des rapports irritants*

Les questionnaires¹⁶ ont établi une certaine lassitude de plusieurs des membres. Le noeud du problème serait l'orientation plus médicale que sociale du rapport. Il serait peut-être utile, puisqu'il est nécessaire de réfléchir à un mode opératoire interne, de confier la mission de rapporteur à une personne parfaitement neutre, un fonctionnaire de la COTOREP par exemple. En CDES, c'est le secrétaire qui rapporte, en CDAS, c'est un fonctionnaire de la DDASS ou du Conseil Général. Il ne s'agirait là que de se laisser porter par la vague dominante.

1.2.2.5.2 *Un vote pas toujours souverain*

Dans l'affaire qui occupait une personne atteinte d'une incapacité justifiant de l'octroi éventuel de l'AAH 35-2, un cas limite, les opinions des uns (les médecins) et des autres (représentants de la société civile) étaient si partagées qu'un vote a eu lieu. Vote régulier et acté, un des membres a cherché à influencer la commission pour qu'il soit réformé parce que, personnellement, il n'était pas d'accord. De telles pratiques étant de nature à jeter le discrédit sur l'institution, il est indispensable qu'un règlement intérieur fixe au plus vite les limites que chacun s'interdira absolument de franchir.

¹⁵ Circulaire DGEFP-DGAS-DAGEMO-DAGPB du 27 février 2002 relative à la coordination des services au profit de la personne handicapée et à l'organisation des COTOREP. En annexe, une instruction relative à l'organisation et au fonctionnement de la COTOREP unifiée

¹⁶ voir annexe 5 : questionnaire adressé aux membres de la COTOREP et la méthodologie page 45

1.2.2.5.3 Des commissions sous influence

Les réunions de synthèse ont mis en lumière un regret, au niveau des organisations syndicales, des pressions dont ils auraient été l'objet, pour faire baisser les statistiques vosgiennes d'AAH. En d'autres termes, il leur aurait été demandé plus ou moins implicitement d'être plus sévères. Or, les statistiques ne sont pas pires dans les Vosges que dans les autres départements ruraux, par exemple la Corrèze ou la Creuse. Sans doute les auteurs de cette demande avaient-ils sous-estimé le poids de la ruralité et surestimé l'aggravation engendrée par le phénomène dans les dépenses publiques. Il faut savoir, en effet, que nombre d'AAH attribuées sont différentielles. Ce qui fait que, dans ce domaine, un accord d'AAH n'équivaut pas à une dépense annuelle de 6832,56 euros (44818,65 F). Ce peut être seulement quelque 360 euros, d'après le secrétaire adjoint de la COTOREP des Vosges.

1.2.2.5.4 Une méfiance palpable des représentants des organisations syndicales

Les organisations syndicales ou les membres syndicalistes qui font partie de conseils d'administration les nommant à la COTOREP, sont les garants d'un traitement social des problèmes des personnes handicapées. Le discours général étant celui d'une prise en charge globale de ceux-ci, nous comprenons mal, en ce qui nous concerne, l'affrontement pied à pied des médecins d'un côté et des membres de la société civile de l'autre. Cette « guerre » n'est-elle pas en fait préjudiciable aux handicapés eux-mêmes ? Faut-il garder une logique comptable et médicale alors que l'Europe sociale envoie une lame de fond « sociale » au travers de ses décisions qui constituent, rappelons-le, 60 % de la législation appliquée en France ? La méfiance des deux « camps » ne semble donc pas de mise, chacun étant dans le même bateau, qui est celui de faire avancer le respect des situations des personnes handicapées.

1.3 ...QUI SE REFORMENT LENTEMENT

1.3.1 Les évolutions récentes au niveau national

Les évolutions les plus fondamentales sont le fait de la mission¹⁷ d'appui et du chantier de réforme.

¹⁷ voir annexe 4 : organisation stratégique de la mission d'appui aux COTOREP

1.3.1.1 Mission conduite par M. Claude FONROJET et Mme Marie-Dominique SOUMET

Le 2 avril 1999, M. Bernard KOUCHNER, Secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, a confié une mission sur l'amélioration du fonctionnement des COTOREP à M. Claude FONROJET, Administrateur civil, ancien chef de service à la Direction de l'Action Sociale, qui en est le Président, et à Madame Marie-Dominique SOUMET, administratrice civile, chef du bureau du développement professionnel et social à la DAGPB, qui en est la chef de mission.

Analysant que « depuis leur création, les COTOREP sont le maillon faible » de la politique du handicap, le Ministre, dans son discours d'installation du 3 mai 1999, a insisté sur le fait que le travail demandé est en premier lieu largement interne, puisqu'il implique la mise en synergie étroite de différentes sections du ministère. Mais ce travail devra faire appel également aux avis des associations de personnes handicapées, entre autres partenaires traditionnels dans le champ du handicap.

Il s'agit, dans un premier temps, de rénover les missions des COTOREP pour qu'elles deviennent non seulement des instances de production de décisions administratives, mais aussi des « plates formes ressources » offrant « des plans d'aide finalisés et globaux, cohérents et révisables en fonction de l'évolution de l'état de santé ou de la formation des personnes ».

Dans un second temps, il s'agit de renforcer les moyens et sur ce point, le rapport conjoint de l'inspection des affaires sociales et de l'inspection des finances pourrait permettre de négocier plus facilement avec Bercy. Nous avons vu précédemment qu'il y a fort à faire dans ce domaine.

Le troisième objectif du ministre est de réformer le système d'information pour passer d'une informatique limitée à la gestion administrative des dossiers, dont nous avons vu qu'elle ne permettait pas d'asseoir une quelconque évolution, à une informatique « élargie à la connaissance épidémiologique et sociale des personnes handicapées, à la quantification et à la caractérisation de leurs besoins ».

Mme SOUMET, rencontrée au Ministère, a accepté de faire le point sur cette mission dans un entretien accordé le 11 avril 2002.

Sept personnes travaillent actuellement à la rénovation des COTOREP aux côtés de Madame SOUMET. La mission s'est attachée, dans un premier temps, à la coordination des directions au niveau de l'administration centrale, arbitrant les réponses à d'éventuels dysfonctionnements ou les désaccords inhérents à toute stratégie de changement des pratiques antérieures. L'évaluation des moyens, en termes techniques et humains, a occupé beaucoup de temps. Monsieur FONROJET et Madame SOUMET ont effectué également de nombreux déplacements en province pour se rendre compte des problèmes rencontrés sur le terrain.

Au terme de cet état des lieux, la mission a reçu l'accord de la ministre de l'emploi et de la solidarité et de la ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées sur les premières propositions qu'il était possible de formuler en octobre 2001, à savoir :

- la poursuite du renforcement des moyens des COTOREP dans un souci d'harmonisation des moyens mis à disposition des différentes COTOREP
- la rénovation de la fonction médicale (celle-ci a fait l'objet d'une circulaire le 27 février 2002)
- la fusion des deux sections de la COTOREP (celle-ci a fait également l'objet d'une circulaire – voir infra page 27)
- le remplacement du système informatique ITAC
- la mise en place de contrats d'objectifs au niveau local
- l'élaboration d'un guide de procédures permettant d'harmoniser l'instruction des demandes sur l'ensemble du territoire.

La mission a été renouvelée en octobre 2001 pour permettre la définition de normes nationales concernant la gestion des dossiers médicaux ainsi que d'autres aménagements institutionnels de façon à ce que les COTOREP deviennent des plates-formes ressources, dont le modèle pourrait être ce qui a déjà été développé par la DGAS au niveau des sites pour la vie autonome. Naturellement, dans la mesure où les avancées du chantier de réforme de la loi de 1975 le permettraient, l'aménagement institutionnel devrait en tenir compte également.

Par ailleurs, un médecin coordonnateur national, Madame le Docteur ERAULT, a pris son poste également en février 2002. Elle s'attache plus particulièrement à définir les critères d'attribution de l'AAH. Actuellement, un groupe de travail, associant largement les associations représentatives des personnes en situation de handicap, est en cours de constitution. Il tenterait, dans un premier temps, de déterminer quels paramètres entrent en jeu lors de la formation de la décision. Il sera intéressant de voir si les résultats du

questionnaire proposé dans les Vosges seront corroborés par une enquête plus vaste menée au niveau national.

1.3.1.2 Circulaire N°2002-114 DGEFP-DGAS-DAGEMO-DAGPB du 27 février 2002 relative à la coordination des services au profit de la personne handicapée et à l'organisation des COTOREP et instruction relative à l'organisation et au fonctionnement de la COTOREP unifiée

En dehors d'une mission générale d'accueil des COTOREP pour les personnes en situation de handicap, qui se voit renforcée, conformément aux vœux du Secrétaire d'Etat, et d'une coordination favorisée entre tous les acteurs (CRAM, CPAM, CAF, MSA, AFPA, AGEFIPH, CAP emploi), la circulaire jette les bases d'une amélioration du fonctionnement des COTOREP en procédant à la fusion des deux sections, le co-pilotage étant assuré par les deux directions départementales, comme par le passé.

Nous notons au passage que l'idée pourtant séduisante d'un GIP, abordée discrètement dans le rapport LUBEK, comme dans le discours du ministre lors de l'installation de la mission FONROJET, a été abandonnée. Le fait de conserver le co-pilotage, qui n'a pas donné satisfaction jusqu'ici, ce qui a été souligné dans le rapport parlementaire, traduit, semble-t-il, une hésitation ministérielle. Pourtant, le GIP permettrait de résoudre un problème épineux qui est celui de l'absence d'un budget unique et transparent, tandis que le problème de personnel pourrait s'offrir une « respiration » par plus de flexibilité, les personnels étant mis à disposition par leurs administrations respectives. Il pourrait leur être adjoints, en tant que de besoin, des profils plus adaptés aux défis à relever. Mais il est vrai qu'un tel bouleversement juridique, à l'aube d'échéances politiques importantes, est peut-être quelque peu prématuré. Nous estimons cependant qu'un tel projet ne devrait pas être enterré et n'être confié éventuellement au pilon qu'après un examen approfondi.

A ce niveau, Madame SOUMET serait plus favorable à la création d'une agence qu'à celle d'un GIP. Elle estime en effet qu'un tel projet n'est « pas mûr ». Pour pallier le fonctionnement parfois « schizophrène »¹⁸ des commissions, le parti a été pris de valoriser le travail des personnels, dans l'ensemble très dévoué et souvent passionné. C'est pourquoi un travail de recensement des initiatives mises en place a été effectué. Celui-ci sert de base à l'élaboration d'un nouveau dossier de demande¹⁹ et nourrit la réflexion au niveau de

¹⁸ le mot est de Mme SOUMET

¹⁹ voir annexe 1

l'information à mettre en œuvre en amont. Madame SOUMET est très attachée à l'idée de reprendre les initiatives qui fonctionnent bien sur le terrain et de valoriser le travail des personnels qui tentent, par des moyens originaux, de résoudre des situations difficiles.

Un autre élément intéressant est la part plus belle faite à l'utilisateur au travers du débat institutionnalisé sur le rapport annuel de la COTOREP (rarement effectué jusqu'ici) tant devant le CNCPH (Comités départementaux consultatifs des personnes handicapées, institués par la loi de modernisation sociale) que devant le PDITH.

1.3.1.3 Rapport intermédiaire provisoire des groupes de travail réunis dans le cadre du chantier de réforme de la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées (janvier 2002)

Deux propositions paraissent traduire des évolutions importantes :

- le déplacement de la notion d'accès à l'emploi (se procurer un emploi dans la loi de 1975) vers celle plus générale, et d'ailleurs conforme à la pratique observée dans les COTOREP, à la notion d'exercice de cet emploi (possibilité d'exercer un emploi, compte tenu du handicap)
- l'idée qu'à présent la collectivité doit prendre en charge la totalité des frais entraînés par les aides techniques et humaines liées à la situation de handicap. Les auteurs de la proposition ont-ils été influencés par les options prises dans le cadre de la politique à destination des personnes âgées ? Ne s'oriente-t-on pas vers une APAPH (allocation personnalisée d'autonomie en faveur des personnes handicapées) ? De quelle compétence relèverait celle-ci ? De l'assurance maladie, ou des conseils généraux ? Ceux-ci seront-ils alors toujours en mesure d'assumer les dépenses liées à ce risque ?

Quoi qu'il en soit, les évolutions actuelles ne seront pas sans effet sur le domaine d'étude du présent mémoire, les allocations aux adultes handicapés 35-2, puisque, si le législateur accompagne ce mouvement, celles-ci pourraient se trouver totalement transformées, ou disparaître au profit d'allocations d'un nouveau type, permettant à la fois une vie plus autonome et une participation sociale de meilleure qualité, interdite actuellement aux personnes handicapées qui ne perçoivent que l'AAH. Car il faut le rappeler et le souligner : l'AAH 35-2 permet tout juste de ne pas sombrer dans la misère la plus noire. Certes, son montant est supérieur au RMI et inférieur au seuil de pauvreté. Mais si elle permet de

« vivre » mieux, pour autant, il n'est pas sûr qu'elle permette de vivre bien²⁰. Les évolutions actuelles, dans la mesure où la collectivité nationale acceptera de se donner les moyens financiers d'une politique plus égalitaire en direction des personnes rencontrant des situations de handicap, devraient permettre à la France de se mettre plus en accord avec ses partenaires européens et mondiaux en permettant une meilleure participation sociale aux personnes concernées.

Plus globalement, c'est bien l'idée de solidarité et de son organisation au sein de la protection sociale qui est questionnée lorsque l'on aborde la question des ressources des personnes handicapées. S'agit-il, ainsi que le mentionne Henri-Jacques STIKER dans le rapport intermédiaire du chantier de réforme de la loi de 1975, d'ouvrir un droit de créance spécifique, avec une formalisation juridique adéquate, ouvrant des droits réels, et non plus des droits formels, comme actuellement ?

Pour l'instant, nous notons que le droit à compensation résulterait de l'idée affirmée que toute situation de handicap vécue et constatée relève de la solidarité. Les aides techniques et humaines dont nous avons parlé plus tôt dans notre propos y seraient ainsi relatives.

1.3.1.4 Vers un revenu minimal d'existence ?

C'est également dans ce contexte que pourrait être étudié le droit à un revenu d'existence total ou partiel, dans les situations caractérisées par une incapacité constatée de se procurer par son travail les ressources nécessaires à la vie quotidienne. Ce « revenu d'existence » aurait vocation à se substituer à l'AAH 35-2 dont le caractère hybride (tantôt prestation non contributive, tantôt prestation de compensation, en ce qui concerne, notamment, les allocations accordées aux personnes souffrant d'une incapacité comprise entre 50 et 79 %) avait déjà été signalé par le rapport LUBEK.

Selon Robert LAFORE²¹, ce revenu minimum d'existence pourrait obéir à différentes conceptions :

²⁰ ce point de vue a été partagé par M. Michel LEGROS, Directeur du Département « Recherches » à l'ENSP, dans son exposé sur la pauvreté du lundi 10 juin 2002 dans le cadre du module « politiques sociales et conduite de projet » de la formation initiale des IASS 2001-2003

²¹ Robert LAFORE « L'allocation universelle, une fausse bonne idée » in Droit Social N° 7 – 8 Juillet 2000, pages 686 à 692

- allocation universelle
- revenu inconditionnel
- revenu d'existence
- revenu de citoyenneté

Les principes en seraient l'octroi dès la naissance et de la naissance à la mort. Ainsi, tout individu, du seul fait de sa naissance et/ou de sa présence sur le territoire national, bénéficierait d'une allocation tout au long de son existence. Certains auteurs chiffrent ce revenu minimum à 1500 F²² (228,67 euros), d'autres à 4000 F²³ (609,80 euros) par mois. Il serait inconditionnel : toute contrepartie de travail, même bénévole, serait exclue. De même, il ne serait pas question de prendre en compte la situation familiale.

Ainsi que l'analyse Robert LAFORE, « il s'agirait de constituer un socle pour l'ensemble des revenus, en assurant à chacun une garantie de base le mettant à l'abri des évolutions néfastes du marché du travail. »

Bien sûr, si les situations de pauvreté et de précarité économique seraient a priori éradiquées, les questions du financement d'une telle mesure, d'une part, et du devenir des rapports actuels entre offre et demande de travail, d'autre part, ne seraient pas résolues. Au niveau du financement, l'affectation des ressources de la protection sociale actuelle pourrait être une des solutions. Mais, à l'heure actuelle, il n'existe aucune étude sérieuse qui permettrait de penser que l'économie ne serait pas profondément et durablement bouleversée dans le cas de l'adoption d'une telle mesure. Le chantier de réforme de la loi d'orientation de 1975 initiera peut-être celle-ci puisqu'il semble s'être saisi des travaux des politologues et sociologues déjà publiés sur le sujet.

1.3.2 les avancées dans les Vosges

Sur le terrain, les choses évoluent doucement également. Après nous être interrogés, dans un premier temps, sur le point de savoir si des données propres aux Vosges peuvent expliquer le taux un peu plus élevé d'AAH que dans d'autres départements, notamment sur le plan de la structure de la population, nous nous attacherons à observer les premiers effets de la politique initiée au niveau national.

²² V.Ph. VAN PARIJS « De la trappe au socle, l'allocation universelle contre le chômage » in La Revue du MAUSS, N° 7, 1996, p 90

²³ A.GORZ « revenu minimum et citoyenneté : droit au travail versus droit au revenu » in Futuribles N° 184, 1994, p 49

1.3.2.1 Les Vosges, un département à part ?

1.3.2.1.1 *Données populationnelles*

A la fois industrielles et agricoles, avec une forte vocation touristique, les Vosges couvrent une superficie de 5 874 km² dont 48 % sont occupés par la forêt. Le secteur industriel, notamment textile, bois, papier, agro-alimentaire, est également prédominant dans l'économie vosgienne avec 52 110 salariés, soit 40,80 % du total des salariés, malgré les profondes mutations subies au cours des dernières décennies. Les entreprises se caractérisent par la faiblesse de leur taille : 80 % des entreprises emploient moins de 10 salariés.

La population, au dernier recensement, s'élève à 381 000 habitants. L'évolution négative se confirme avec - 0,15 % par an entre 1990 et 1999. Les données de l'emploi font apparaître un taux de chômage plus faible que la moyenne nationale, 7,80 % en septembre 2000, mais les femmes et les chômeurs de longue durée restent, pour l'instant, les exclus de la reprise. Ce sont eux, qui, l'âge venu, rencontrent des incapacités qui les relient d'une façon plus ténue encore au marché de l'emploi. Ce sont eux aussi, naturellement, qui présentent le plus fréquemment, et souvent aux alentours de la cinquantaine, un dossier de demande d'allocation aux adultes handicapés.

Le niveau des revenus dans le département est relativement faible : 26,40 % des revenus se situent dans la tranche comprise entre 0 et 50 000 F (entre 0 et 7622,45 euros) et le revenu net imposable moyen est de 79 658 F (12143,78 euros).

Si le nombre des bénéficiaires du RMI reste stable, et plutôt faible par rapport aux taux national et régional, en revanche, le nombre de personnes bénéficiaires de l'AAH et celui des bénéficiaires du FNS sont importants.

1.3.2.1.2 *Etat de santé de la population*

L'indice de vieillissement de la population vosgienne est nettement supérieur à celui de la population lorraine. Le taux de mortalité est, avec celui du Département de la Meuse, le plus élevé de la région, expliquée en partie par la plus forte proportion de population âgée.

Les causes de décès sont liées aux pathologies de l'appareil circulatoire, aux tumeurs, accidents, suicides et autres séquelles traumatiques. Les occurrences de ces deux dernières pathologies sont plus élevées dans les Vosges que dans le reste de la Lorraine. Les moyennes françaises sont également dépassées.

1.3.2.1.3 Données sociales

Pour apprécier ces données sociales, un tableau synthétique des allocataires de prestations d'intervention sociale est proposé :

Allocataires de prestations d'intervention sociale – situation au 1.1.2000 (données DRASS-CAF-MSA)			
---	--	--	--

PRESTATIONS	LORRAINE	VOSGES	France métropolitaine
Allocation de logement à caractère social (ALS) nombre d'allocataires	68 037	10 126	2 046 522
Allocation de parent isolé (API) Nombre d'allocataires	6 563	1 100	155 193
API (pour 1000 femmes de 15 à 49 ans)	11,46	12,45	11,10
AAH (nombre d'allocataires)	23 985	4 816	671 329
AAH (pour 1000 personnes de 20 ans et plus)	13,85	16,87	15,20
RMI (nombre d'allocataires)	32 301	4350	1 017 847
Nombre d'allocataires du RMI pour 1000 personnes de 20 à 59 ans)	25,86	22,07	32,10

Il est intéressant également de considérer l'évolution sur plusieurs années :

Prestations servies au 1 ^{er} janvier de l'année (données DRASS – CAF – MSA)

<i>Prestations</i>	1995	1996	1997	1998	1999	2000
ALS	9881	10264	10768	10839	11008	10126
AAH	4049	4198	4242	4350	4522	4816
RMI	3809	3777	3895	4297	4272	4350

Ainsi, sur cinq ans, l'augmentation du nombre des AAH est nette. Le phénomène tend à s'aggraver depuis 1999. Dans le même temps, le RMI ralentit sa progression pour stagner depuis 1999.

Les sources du STATISS nous indiquent également :

AAH	France	Lorraine	Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges
Nombre d'allocataires		23985	6716	2417	10036	4816
% pour 1000 personnes de + de 20 ans	14,9 %	13,9 %	12,5 %	16,8 %	13,1 %	16,9 %
AAH 35-2	2,56 %					3,18 %
RMI (1000 personnes entre 20 et 59 ans)	31,5 %	25,9 %	32,3 %	27,5 %	22,4 %	22,1 %

Pour autant, nous pouvons constater que ce département ne s'écarte pas de manière très significative d'un autre département rural lorrain, la Meuse. Nous observons que les mêmes phénomènes de vieillissement, d'état de santé caractérisé par des pathologies invalidantes et un tissu économique atonique sont à l'œuvre sur ces territoires. Le poids de la ruralité et de l'économie semblent donc entrer en jeu, mais nous ignorons précisément à quel degré..

1.3.2.2 Premiers effets de la politique nationale

1.3.2.2.1 Des moyens médicaux renforcés

Depuis le début du mois de septembre 2001, des crédits ont été obtenus par la DDASS des Vosges : le nombre des vacations a été augmenté et un médecin coordonnateur contractuel a été recruté. Mais, d'une façon générale, la COTOREP des Vosges a des moyens insuffisants pour mener à bien sa mission en faveur des handicapés, surtout au niveau du budget.

1.3.2.2.2 Réunion envisagée des deux sections

Depuis le rapport IGAS/IGF, déjà cité, la réunion des deux sections était préconisée. Envisagée depuis le mois de décembre, elle est sans cesse reportée, pas forcément d'ailleurs dans l'attente de la circulaire, mais plutôt du fait qu'il est bien difficile de trouver une date qui convienne à des personnes issues d'horizons professionnels et personnels divers.

1.3.2.2.3 Modification du fonctionnement interne de la COTOREP 2^{ème} section

Depuis début octobre 2001, une modification du fonctionnement interne de la COTOREP 2^{ème} section a été instaurée. La commission ne se réunit plus que le premier jeudi matin de chaque mois et ne statue plus, au mieux, que sur une dizaine de dossiers (une quarantaine

avant la "réforme") correspondant aux personnes convoquées par le secrétaire, à la demande de la commission technique, lorsqu'elle n'arrive pas à se faire une opinion correcte de capacité de la personne à accéder à l'emploi (pour les dossiers relevant de l'AAH 35-2 naturellement).

La pratique de la validation des décisions prises en équipe technique se généralise, preuve d'une importance accrue de la délégation factuelle consentie aux personnes qui y siègent : le médecin coordonnateur, le médecin vacataire de la COTOREP, le médecin de la DVIS et l'assistante sociale de la Caisse d'Allocations Familiales.

Il s'agit d'une amélioration si l'on se place du point de vue de la sérénité qui règne à présent à la COTOREP, au sein de laquelle les membres prennent nettement plus de temps qu'en juin 2001²⁴ pour examiner les différentes situations, recevoir les personnes et pour débattre entre eux.

Mais cette nouvelle situation n'est pas satisfaisante au niveau juridique : aucun règlement intérieur, aucune décision formelle n'est venue entériner un usage adopté à un moment d'absence forcée de deux membres, qui n'avaient momentanément plus de mandat, dans l'attente de leur réélection par leurs conseils d'administration respectifs.

Il nous semble maintenant important, après avoir pris acte des premiers effets de la politique nationale dans le Département, de vérifier également dans quelle mesure s'inscrivent les représentations sociales au moment de la prise de décision d'une AAH 35-2.

²⁴ Date du premier stage effectué à la DDASS des Vosges

2 - LA DIFFICILE ANALYSE DES CAPACITES DE LA PERSONNE HANDICAPEE A S'INSERER DANS LE MONDE DU TRAVAIL

L'insuffisante précision des concepts liés au handicap et au travail ne facilite pas toujours la tâche des membres de la COTOREP. Après avoir passé ceux-ci en revue, nous vérifierons si, sur le terrain, ces notions s'apprécient facilement.

2.1 DES CONCEPTS TROP FLOUS...

2.1.1 la notion de handicap

Le terme « handicap » est apparu officiellement pour la première fois en France, dans la loi du 23 novembre 1957. « La priorité est, selon la loi N° 57-1223, d'assurer le droit au travail de tous les handicapés en état d'exercer une profession ».

A partir de cette date, on parle de « travailleurs handicapés » et de « handicap » sans que la notion soit définie.

Jusqu'alors, on utilisait des termes différents tels que « infirmes », « invalides », « mutilés ». Cela correspondait à des époques différentes, à des approches différentes. Car on ne change pas les termes par hasard. Ce changement traduit un changement d'attitude, une modification du regard porté sur cette population. Henri Jacques STIKER²⁵ nous rappelle que Pierre OLERON écrivait en 1962 dans un bulletin de psychologie : « parler de déficience, c'est mettre l'accent sur ce qui manque à l'individu et qu'il n'est pas capable de retrouver. Un déficit reste toujours présent, un handicap peut être surmonté. »

Il faut retenir qu'on attend désormais autre chose de « l'invalidé » ou de « l'infirmes » : il va devoir se reclasser.

Ce changement de terme s'est effectué progressivement. La première modification de langage s'opère vers la fin de la première guerre mondiale. Infirmes n'a qu'un synonyme dans le dictionnaire : maladif. En revanche, le terme de mutilé a pour synonyme « amputé, estropié, tronqué ».

²⁵ Henri Jacques STIKER « Corps infirmes et société » Aubier Montaigne, PARIS, 1982, 248 pages

Comme le dit Henri Jacques STIKER, « la guerre a ôté, il va falloir rendre...le remplacement, le rétablissement de la même situation qu'auparavant, la substitution, la compensation, voilà qui devient un langage possible ». Cette conscience oblige l'Etat à agir car il ne peut, après avoir demandé aux hommes de se battre pour la patrie, les ignorer à leur retour. Surtout lorsqu'ils ont été touchés dans leur intégrité physique.

Etymologiquement, le terme handicap vient de l'anglais « hand in cap », la main dans le chapeau, pratique hippique destinée à égaliser les chances des concurrents. Cette notion a été progressivement étendue à d'autres sports puis, plus généralement, à tout désavantage ou entrave quelconque. S'agissant d'une situation de fait, à caractère relatif et évolutif, le concept de handicap apparaît malaisé à cerner et les nombreuses tentatives de définition illustrent bien cette difficulté.

De son côté, l'OMS a adopté la formule des épidémiologistes : le handicapé est un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie, d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou occuper un emploi s'en trouvent compromises.

Une autre définition est adoptée dans la loi allemande sur les grands handicapés, selon laquelle un handicap est la suite d'une altération non-temporaire résultant d'une déficience corporelle, mentale ou psychique. Cette déficience s'apprécie comme la limitation ou l'interdiction de l'accomplissement d'un rôle normal, compte tenu de l'âge de la personne. Il est non-temporaire s'il dépasse une durée de six mois (article 3, alinéa 2 de la loi sur les grands handicapés). En Allemagne, une personne obtient le statut de grand handicapé si l'administration constate chez elle un taux d'invalidité (Grad der Behinderung) d'au moins 50 %. Le statut donne droit à des allègements fiscaux, gratuité dans les transports publics, minoration de la taxe sur les véhicules automobiles, facilités de stationnement, exonération des redevances radiophonique et téléphonique et à des subventions pour l'acquisition et l'aménagement d'un appartement.

Enfin, selon Gérard ZRIBI et Dominique POUPEE-FONTAINE²⁶, le handicap social serait synonyme d'exclusion sociale.

Les auteurs décrivent une situation de dépendance, souvent durable, générée par des facteurs essentiellement sociaux (notamment de grandes difficultés économiques) entraînant

²⁶ Dictionnaire du Handicap – Editions de l'ENSP - 2000

des problèmes graves de logement, d'alimentation, d'éducation et plus généralement d'adaptation sociale. A ce terme, comme à celui équivalent d'inadaptation sociale, se substitue fréquemment depuis quelques années, celui d'exclusion sociale.

Bien que les handicapés sociaux ou les exclus ne relèvent pas théoriquement de la politique du handicap, un certain nombre d'entre eux, du fait de l'enchaînement de difficultés multiples (personnelles, psychologiques, familiales, sociales) sont « reconnus handicapés » par les CDES ou les COTOREP. Les aides allocataires (AAH notamment) ou l'orientation vers des établissements spécialisés (CAT) transforment alors des situations sociales très précaires en handicaps.

Par ailleurs, l'action sociale prévue pour réinsérer les exclus (du milieu scolaire, professionnel ou social) dans la communauté sociale n'atteint pas ses objectifs la plupart du temps dans une société en crise. Elle redevient ainsi, dans sa forme majoritaire, une action continue d'assistance sociale.

Le concept de handicap fait l'objet actuellement d'intéressantes discussions dans le cadre du chantier de réforme de la loi de 1975. En tentant de tracer les contours du concept de handicap, le groupe, chargé de débattre de « l'évolution des concepts dans le champ du handicap » sous la direction d'Henri Jacques STIKER²⁷, observe que le handicap se présente surtout comme un attribut de la personne, indépendamment de son âge et du type de déficience ou d'invalidité. Le terme est devenu générique et identitaire. Le groupe de travail estime que c'est en grande partie dû aux commissions administratives chargées de dire qui est handicapé et qui peut, dès lors, bénéficier des compensations prévues par le législateur. Allant plus loin, le groupe estime aussi que l'action publique a été, en matière de handicap, « la plus référentielle et la plus institutionnelle ».

Ainsi, la tendance est aujourd'hui au renversement de cette approche administrative individualisante, pour s'attacher davantage aux « situations handicapantes ». Les représentations ont considérablement évolué, en effet, du fait de la montée en puissance de la représentation politique des groupes de personnes handicapées, porteurs eux-mêmes d'une certaine conception du handicap, fondée sur le modèle dit social du handicap, qui s'appuie sur les droits de l'homme. L'OMS et l'Union européenne, via le Forum européen des personnes handicapées, travaillent pour faire passer d'une conception du traitement du

²⁷ Consultable sur <http://www.social.gouv.fr/htm/pointsur/handicap/1handi-41.htm>

handicap sur le mode réadaptatif à une conception fondée sur les droits de l'homme²⁸. Le groupe de travail s'est finalement déterminé, à mi-parcours de sa réflexion sur les concepts, pour le terme de « situation de handicap » ou « personnes en situation de handicap ». Pour certains handicaps, mentaux notamment, le terme anglais « learning disabilities » (difficultés à apprendre) gagnerait à être traduit en français.

En conclusion, avec Dominique WALTISPERGER²⁹, force est de constater que le concept du handicap est un concept pluriel. Il n'est pas étonnant que les représentations, tant des personnes présentant des situations de handicap que du reste de la société, soient parfois si contrastées.

Les mutations technologiques, d'un côté, les mutations psychologiques qui les accompagnent, de l'autre, en conduisant à une obligation généralisée de la polyvalence, marginalisent davantage les personnes handicapées. Mais cette situation fragilise aussi tous les travailleurs en général : le reclassement des salariés dans les secteurs en reconversion suscite ou révèle, d'après les médecins du travail³⁰, de nouveaux handicaps liés à la modernisation des tâches.

2.1.2 la notion de travail

2.1.2.1 Travail ou emploi ?

L'emploi, selon l'encyclopédie Universalis, désigne « tout processus d'affectation des personnes à des tâches économiquement reconnues, le plus souvent rémunérées ». Il s'applique prioritairement au travail des hommes et c'est en ce sens traditionnel que, le plus souvent, il est confondu avec « travail ». En effet, le problème du chômage fait que l'attention se porte presque exclusivement sur le travail rémunéré, qu'il soit durable ou occasionnel, salarié ou non-salarié. L'emploi rémunéré « officiel » est une réalité dominante : elle valorise le statut de travailleur rémunéré, marginalise l'inactif et elle entraîne parfois des réactions de rejet. Ceci a trait au quotidien des personnes en situation de chômage ou des allocataires du RMI.

²⁸ Règles d'égalisation des chances des handicapés, révision de la classification internationale des handicaps, article 13 du Traité d'Amsterdam, notamment

²⁹ Dominique WALTISPERGER – Ministère des affaires sociales et de l'emploi (SESI) in « Solidarité et santé » Etudes statistiques N° 5 1987 (septembre-octobre)

³⁰ entretien avec M.le Docteur MARTIN, Services interentreprises de médecine du travail pour EPINAL et sa région en juin 2001

Ainsi, parmi les droits fondamentaux du citoyen, le travail constitue un acquis social reconnu, depuis longtemps, par les sociétés démocratiques évoluées. Les textes constitutionnels, légaux, réglementaires le confirment.

Mais, depuis une dizaine d'années, la crise économique, combinée à une considérable mutation technologique, a eu pour effet de bouleverser le monde du travail : 10 % de la population active est actuellement à la recherche d'un emploi. Cette évolution récente occulte encore davantage le problème de la situation de l'emploi des personnes handicapées. 60 % des personnes handicapées aptes au travail sont au chômage, et, pour elles, la durée statistique du chômage est environ le double que pour les valides.

2.1.2.2 Travail et emploi précaire

Le travail n'est pas toujours synonyme d'emploi à temps complet ou à durée indéterminée. La dureté des conditions économiques conduit au développement, par les entreprises, d'une exigence de flexibilité accrue. La forte croissance constatée du recours au travail intérimaire, surtout dans le privé, ou aux contrats temporaires dans les administrations, implique par conséquent une plus grande fragilité des situations. Les personnes les plus fragiles ou les plus éloignées de l'emploi subissent le contrecoup de la rigidité de l'accès à l'emploi, quel qu'il soit. De ce fait, l'épanouissement au niveau du travail n'est pas toujours au rendez-vous.

2.1.3 la notion d'insertion sociale et professionnelle

Le mot insertion fait concurrence à la notion d'intégration. Il apparaît que son usage contemporain aurait une vocation normative, impliquant une logique de place, de système, comme dans le reclassement et la réadaptation des personnes handicapées. La notion autoriserait aussi le soutien aux personnes et sur leur environnement, comme dans le cas du revenu minimum d'insertion. Michel CHAUVIERE³¹ rappelle cependant que l'insertion vaut souvent par défaut d'intégration. Il s'agit alors d'une intégration minimale, un filet de sécurité.

³¹ Chantier de réforme de la loi de 1975

François VATIN³², de son côté, s'est interrogé sur l'émergence de cette expression dans le champ de l'action en direction des jeunes insuffisamment qualifiés qui sortent du système scolaire. Il rappelle qu'elle a été inventée au début des années 80 non pas pour expliquer un processus social, mais essentiellement pour fournir des réponses pragmatiques à ce qui était perçu comme un grave problème de société. Le concept d'insertion correspond par conséquent à un projet socio-politique et à la création institutionnelle d'un ensemble de dispositifs administratifs et juridiques ayant pour objectif de combler le vide laissé par la montée du chômage en particulier pour les jeunes générations.

Cela dit, on utilise aussi cette expression pour désigner un processus. Certains services administratifs de l'action sociale ont pris pour habitude d'opposer l'insertion professionnelle et l'insertion sociale :

L'insertion professionnelle caractériserait les démarches de l'individu pour préparer son entrée dans la vie active ou pour retrouver une place sur le marché de l'emploi.

L'insertion sociale serait définie en référence à la sociabilité, aux supports relationnels des individus et des groupes.

Cette opposition peut s'expliquer par les besoins institutionnels de la mise en place d'actions spécifiques pour des populations hétérogènes dont on a repéré plusieurs types de difficultés. On distinguerait les populations qui pourraient bénéficier d'aides dans le domaine professionnel et des populations qui, en raison de leur relative désocialisation relèveraient davantage d'actions dites de réadaptation à la vie collective ou de redynamisation.

Dans certains cas, l'insertion désigne un ou plusieurs types d'action qui se fondent sur une analyse des difficultés que rencontrent les personnes. Aux processus d'insertion ainsi définis correspondent donc, dans l'esprit des professionnels du social, des actions spécifiques à mettre en œuvre.

La mise en œuvre institutionnelle de ces dispositifs correspond, on le voit, à une pluralité d'approches et de définitions de l'insertion. Ces dispositifs sont, en effet, segmentés selon des compétences administratives et juridiques dans des domaines tels que le logement, la santé, l'éducation, l'emploi et la formation professionnelle.

Ces définitions institutionnelles de l'insertion appellent plusieurs remarques.

³² QUEIROZ Manuel et VATIN François, textes réunis, « Le renouveau de la question sociale. Etat et acteurs face aux nouvelles formes d'emploi, de chômage et de pauvreté », Presses universitaires de Rennes 2, 1991

Premièrement l'insertion professionnelle et l'insertion sociale, dans le sens qui est donné institutionnellement à ces deux expressions, ne sont pas spécifiques des populations en situation de précarité économique et sociale.

L'entrée dans la vie active est un problème qui se pose à l'ensemble des jeunes à la sortie de leurs études. De même, l'isolement, l'absence ou la faiblesse de relations interpersonnelles ne sont pas toujours liés à la faiblesse des revenus et touchent toutes les catégories sociales.

Lorsque l'on réserve ces deux expressions à des processus qui concernent des personnes en difficulté, le plus souvent ciblées par des services d'action sociale, on réduit considérablement le champ de l'analyse.

Deuxièmement, il apparaît peu judicieux d'utiliser les mêmes expressions pour désigner à la fois des processus qui s'appliquent à des populations et à des actions ou des politiques.

Enfin, troisièmement, il apparaît clairement à la lumière de ces différents usages institutionnels que la notion d'insertion est tout à la fois le symptôme et le remède à un problème social plus général, liés aux mutations de la société post-industrielle.

Il s'agit, on le sait, de prendre des distances par rapport aux représentations schématiques et sommaires dont on se sert pour les usages courants de la vie.

Avec Serge PAUGAM, avouons que « le concept d'insertion est un piège »...

2.1.4 La notion d'intégration

2.1.4.1 Un vocable usé jusqu'à la corde...

Le terme « intégration » n'est guère mieux défini en sociologie que dans le langage courant. Michel CHAUVIERE rappelle le 13 janvier 2002 dans l'annexe aux travaux du groupe chargé de travailler sur les concepts dans le cadre du chantier de réforme de la loi de 1975 qu'il peut signifier aussi bien « un état de forte interdépendance ou de forte cohérence entre des éléments qui constituent alors une totalité organique, que le processus qui y conduit ».

Son sens paraît mieux fixé lorsqu'il s'applique au système social. Durkheim³³, pour sa part, considère qu'un groupe social est intégré lorsque ses membres :

– possèdent une conscience commune, partageant les mêmes croyances et pratiques

³³ DURKEIM « Le suicide » 1897 rappelé dans le Dictionnaire de sociologie LAROUSSE 1997

- sont en interaction les uns avec les autres
- se sentent voués à des buts communs

L'intégration aurait une forte action régulatrice sur les comportements et même sur la vie psychique des individus.

Lorsqu'il s'attache aux rapports de l'individu avec le système social, le sens du mot intégration devient, d'après Michel CHAUVIERE, moins précis et plus faible. Les significations sont alors variables selon les normes et les moyens des institutions (école, travail, famille...) pour admettre ou exclure de nouveaux membres (avec toutes les nuances entre marginalité et assimilation).

2.1.4.2 ...Mais qui présente l'avantage d'être volontariste

Dans sa version positive et assimilatrice, le mot peut apparaître séduisant par son aspect volontaire. « Intégrer dans » implique une action déterminée, qui sous-entend aussi, à l'égard des autres membres du groupe auquel il s'applique, pédagogie et persuasion. Mais il ne faut pas se cacher que, dans cette formulation, une relation d'infériorité est sous-jacente pour celui qui est intégré. Ainsi, il apparaît préférable de « s'intégrer ». Alors, l'action est du côté de la personne intégrée, de la personne handicapée, dans le domaine que nous étudions.

2.1.5 la notion de capacité de travail et la notion d'invalidité

2.1.5.1 Capacité, incapacité de travail, les deux revers d'une même médaille ?

La notion d'incapacité (ne pas être capable de) a fait l'objet de vives critiques de la part des associations de personnes handicapées, comme des experts. Ces derniers refusent d'admettre une situation où la personne serait considérée « incapable de descendre ou de monter dans un bus, incapable de comprendre un discours, incapable de prendre un bain, sans que soient parallèlement envisagés un questionnement sur une adaptation éventuelle du matériel pouvant réduire le handicap, en l'occurrence des bus surbaissés, des baignoires calèches, un matériel audiovisuel adapté ».

Et il faut signaler aussi la connotation péjorative de ce terme, de même que le caractère abusif de son usage, transformant des situations réversibles en situations pérennes, ce qui

soulève parallèlement le problème de la qualité de son évaluation, dont les résultats témoignent d'une vision partielle, alors qu'ils sont considérés en valeurs absolues.

Les travaux sur l'incapacité font référence aux travaux de KATZ (1963). Celui-ci avait proposé une liste de six activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir, aller aux toilettes, contrôler ses sphincters) qui lui paraissaient nécessaires pour mener une vie indépendante. Ces activités portent le nom d'ADL (activities of daily living) auxquelles furent adjointes bientôt les IADL (instrumental activities of daily living) de LAWTON. Celles-ci regroupent :

- l'utilisation du téléphone
- la possibilité de faire ses courses
- la préparation des repas
- l'entretien de la maison
- la lessive
- l'utilisation des moyens de transport
- la prise des médicaments
- la tenue du budget

2.1.5.2 La notion d'invalidité

Parmi les nombreuses définitions de l'invalidité, celle de l'association internationale de sécurité sociale précise « par invalidité, on entend l'état d'une personne dont la capacité de travail, en raison de défauts physiques ou mentaux, est sensiblement réduite d'une manière permanente. L'invalidité peut être considérée sous différents aspects, tels que son origine, sa gravité, ses conséquences sur la capacité de travail, mais sa constatation médicale constitue toujours un élément essentiel pour sa détermination et son évaluation. »

Pour mémoire, la pension d'invalidité de la sécurité sociale est servie si au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain de la personne sont réduits. L'assiette de la pension de 1^{ère} catégorie, attribuée à la personne qui demeure capable d'exercer une activité, dans la mesure où les conditions administratives sont remplies, est constituée des 30 % de salaires correspondant aux dix meilleures années. Si elle est reconnue incapable d'exercer une activité quelconque, l'assiette peut atteindre 50 %. Le fonds spécial d'invalidité complète la pension ainsi obtenue pour atteindre le montant du minimum vieillesse et donc également celui de l'AAH. Il faut noter en outre que la pension d'invalidité, comme l'AAH 35-2, suppose l'existence d'une incapacité compromettant l'accès au travail. Or, de quels moyens disposent

les instances d'attribution pour estimer le handicap d'une part, les possibilités d'emploi, d'autre part ?

Une étude de Pascale ROUSSEL et Dominique VELCHE³⁴, menée dans 5 départements (Nord, Seine-Maritime, Yonne, Yvelines et Val d'Oise) a montré des conditions d'examen bien différentes entre les médecins du contrôle médical et ceux de la 2^{ème} section de la COTOREP. Les premiers, en effet, se déterminent sur une capacité de travail restante, par rapport à la situation précédente, c'est-à-dire l'apparition de l'incapacité, et en fonction d'éléments extérieurs au handicap, notamment l'âge, les facultés physiques et mentales, l'aptitude à la formation professionnelle et l'état du marché de l'emploi. En général, aucune décision n'est prise avant le terme d'un délai de 3 ans, de façon à obtenir une situation consolidée. Pour les médecins de la COTOREP, nous l'avons vu, le guide barème constitue la « Bible » et la décision ne vaut que pour la situation présente. En cas d'évolution défavorable peu de temps après le passage en commission, la personne doit présenter un nouveau dossier.

Une autre étude de Pascale ROUSSEL et Dominique VELCHE³⁵ établit également le rôle peu déterminant de la situation de l'emploi dans un assouplissement éventuel des critères d'attribution de l'AAH. Ceci rejoint la problématique des frontières AAH – RMI – Invalidité. D'après ces deux chercheurs, « la hausse du nombre d'attribution d'allocations AAH au cours des dernières années pourrait être due autant si ce n'est plus des rigueurs des conditions d'accès à l'emploi et de la perte des droits que cela peut entraîner que d'un assouplissement général de l'appréciation de la gravité des handicaps ».

2.1.6 les représentations sociales, un élément influent du comportement

Dans le domaine du handicap, nous nous demanderons qui pense quoi concernant quels handicaps, d'où et pourquoi il le pense ainsi. C'est-à-dire que l'on étudiera les acteurs sociaux en cherchant dans leur pratique et les rapports qu'elle implique avec les handicaps et les handicapés les raisons qui amènent à produire telle ou telle représentation. Dans le

³⁴ ROUSSEL P, VELCHE D « AAH et pension d'invalidité : conditions d'attribution et caractéristiques des bénéficiaires » CNTERHI 1995

³⁵ ROUSSEL P, VELCHE D « Les ressources minimales dans les domaines du handicap et de l'inadaptation – connaissance des titulaires et de leurs conditions de vie » CNTERHI 1995

cas des professionnels, les recherches et notamment celles de Denise JODELET³⁶ (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales) montrent l'influence des contraintes de rôle, des normes professionnelles. Il apparaît aussi que l'identité psychosociale est mise en jeu comme dans le cas des parents handicapés. Ces dynamiques sociales, conjuguées à l'effet des valeurs sociales et culturelles et aux dynamiques psychiques vont conduire à sélectionner, retrancher certains caractères de l'objet, ou, au contraire, y rajouter des significations qui ne lui appartiennent pas en propre, ou encore à modifier l'organisation des traits et significations pour légitimer une position, justifier une conduite.

Il faudra se demander aussi quels sont les facteurs sociaux d'appartenance, d'identité, quels sont les modèles sociaux circulant par la communication ou véhiculés par la culture et l'idéologie, qui peuvent jouer un rôle dans les constructions représentatives.

Entreront également en ligne de compte des savoirs spontanés ou repris de la vulgarisation scientifique, ce qui pose la question du rôle des connaissances profanes et savantes dans l'approche du handicap. Ces différents éléments s'ajoutant à la confrontation imaginaire avec la différence ou l'altérité, produiront des effets spécifiques même s'il n'y a pas contact effectif avec des handicapés, des pré-construits culturels qui peuvent renforcer les préjugés ambiants dans un groupe donné ou expliquer les ressentis.

Nous percevons alors toute l'importance de bien cerner quelles sont les représentations des membres de la COTOREP.

2.2 ... QUE LES MEMBRES DE LA COTOREP APPRECIENT DIFFICILEMENT

2.2.1 Les représentations des membres de la COTOREP des Vosges

2.2.1.1 Méthodologie

Pour tenter de cerner si les représentations jouent un rôle plus ou moins important dans les prises de décision des membres de la COTOREP, une méthodologie avait été prévue autour d'entretiens semi-directifs soit au bureau des personnes, soit à leur domicile, à leur choix. Le guide d'entretien, discuté avec la Directrice Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, avait été validé avec la réserve que celui-ci faisait la part trop belle au travail. Cependant, l'objectif de départ a été poursuivi, une intime conviction, centrée sur la difficulté

³⁶ JODELET Denise « Les représentations sociales », PARIS, PUF, 1989

d'apprécier la relation possible du handicap avec le travail, guidant le choix. Il s'agissait de vérifier si cette hypothèse pouvait s'avérer pertinente.

Lorsque les membres de la COTOREP ont été informés du projet, à l'issue d'une réunion de la commission spécialisée (2^{ème} section), ils ont été très intéressés. Cependant, l'idée des entretiens individuels a été abandonnée à leur demande, car ils préféraient un ou plusieurs entretiens collectifs, à partir d'un questionnaire basé sur le guide d'entretien de départ. L'idée de travailler ensemble, alors qu'ils vivent plutôt mal la solitude de décisions difficiles, est apparue suffisamment séduisante pour que l'idée première soit ajournée. Il fut donc décidé de l'envoi des questionnaires au domicile des personnes et d'une première ébauche de conclusions à l'issue de la réunion de commission suivante, un mois plus tard. L'analyse devait servir de point de départ à des échanges précisant les choix, soulevant les difficultés, appréciant les consensus éventuels. Un des membres, représentant le Conseil Général, nous a cependant reçue à son bureau. Du fait d'un agenda particulièrement chargé, autant que par choix personnel, il n'a pas participé aux entretiens de synthèse.

Autre élément important pour la méthodologie : le choix des personnes. Les sections spécialisées sont souvent à géométrie variable, entre les titulaires qui se font remplacer par leurs suppléants, les personnes qui viennent rarement, celles qui ne viennent pas du tout. Arbitrairement, nous avons choisi d'interroger les personnes qui ont participé à la configuration du 3 janvier 2002, parce qu'il y avait peu d'absents, et qu'un équilibre semblait se dégager entre techniciens (médecins, assistante sociale), membres de la société civile (CAF, CPAM...) et personnalités politiques (conseiller général). 73 % des réponses ont été adressées, un bon chiffre, mais il est vrai qu'il s'agissait d'un tout petit effectif.

Bien sûr, la méthodologie, questions ouvertes pour partie ou questions fermées dans certains cas (cf annexe 5), aurait pu, avec une expérience antérieure des questionnaires formalisés, être sérieusement améliorée. Malheureusement, l'aide sur le terrain d'une personne-ressource, le psychologue de l'AFPA, n'a pu être mobilisée qu'après l'envoi des questionnaires. Des conseils ont certes été apportés, mais il a été difficile de trouver une méthode satisfaisante pour traduire l'opinion générale qui se dégageait.

De ce fait, l'exploitation peut paraître peu académique. Il en ressort tout de même des réponses intéressantes et riches.

2.2.1.2 Analyse des réponses aux questionnaires

Pour cerner les représentations, nous avons proposé aux membres de donner leur définition et l'exemple qui leur venait immédiatement à l'esprit en la matière. Nous voulions vérifier si les deux étaient en cohérence.

2.2.1.2.1 *Représentations du handicap physique*

Il apparaît que les définitions tournent autour de la facilité ou non de mener une vie courante (gêne pour les gestes de la vie courante, déficience empêchant une personne de vivre dans la normalité, facteurs limitatifs, entraves...). Pour certains, il est visible à l'œil nu. L'un des membres chiffre même la visibilité de celui-ci à 90 %. Mais une définition consensuelle ne s'est pas dégagée alors que les exemples cités sont souvent les mêmes : personnes en fauteuil du fait de paraplégies ou de tétraplégies, amputées, aveugles reviennent le plus souvent.

2.2.1.2.2 *Représentations du handicap mental*

Un consensus semble se dégager au niveau des définitions : le handicap mental est celui qui entrave la socialisation (vie sociale partielle citée par l'un des membres), une déficience qui entraîne l'incompréhension des règles sociales habituelles. Les exemples citent les trisomiques, les autistes, les psychotiques. Un des membres seulement cite les pathologies dépressives, pourtant fréquentes en deuxième section de COTOREP d'après ce que nous avons constaté. Il est intéressant de noter que les membres, majoritairement, n'associent pas le phénomène dépressif au handicap mental. Autre élément significatif : deux membres n'ont pas trouvé d'exemple, signe d'un mal être ou de méconnaissance face à ce handicap pourtant fréquemment rencontré.

2.2.1.2.3 *Représentations du handicap social*

Les définitions s'articulent autour de la notion de marginalité et de l'inadaptation à la vie sociale qu'elle entraîne. Pour certains, la société apparaît violente (mise à l'écart), pour d'autres, la personne serait beaucoup plus actrice de son destin (mise en marge volontaire de la société). La notion de revenu apparaît, les difficultés d'insertion aussi. Pour l'un des membres, le handicap social n'existe pas. Interrogé plus tard, ce membre déclare qu'il ne le reconnaît pas valide pour une prise en charge au titre des allocations prévues par la loi de 1975. Selon lui, la loi instaurant le revenu minimum d'insertion ou la loi de lutte contre les exclusions doivent s'appliquer dans un tel cas de figure. Ce point de vue est intéressant

dans la mesure où il pose question également dans les différents rapports traitant des COTOREP.

Les exemples citent majoritairement les personnes sans domicile fixe. Il faut retenir surtout le caractère « intégrateur » reconnu au logement. Certains n'ont pas pu ou voulu donner d'exemple, ils cherchent immédiatement à analyser le phénomène, ce qui n'était pas demandé : l'illettrisme, la perturbation de la vie familiale sont cités.

2.2.1.2.4 Distinction entre handicap léger et handicap moyen

La frontière apparaît des plus floues entre ces deux catégories, donc entre la partie inférieure de la fourchette de taux qui intéresse l'AAH 35-2 et la partie supérieure. La différence entre « gêne peu importante » et « gêne plus grande » citée par un des membres traduit la volonté de ne pas s'attacher trop à la distinction entre ces deux handicaps. Le membre qui cite la personne classée A en 1^{ère} section, pour le handicap léger, et la personne classée A ou B, pour le handicap moyen, traduit, à sa manière, le même sentiment. Deux des membres disent clairement leur volonté de ne pas prendre en compte la distinction. Ce sont eux également qui refusent de donner des exemples. Les exemples donnés par les autres membres ne se recoupent absolument pas. Les réponses de certains sont plus précises. Elles émanent sûrement des médecins qui citent des exemples « pointus » : le diabète serait un handicap léger (mais n'y a-t-il pas des cas où il pourrait être moyen voire grave, si des complications cardiaques ou visuelles apparaissent ?), le déficit intellectuel serait un handicap moyen (mais n'existe-t-il pas des cas où il pourrait être léger, s'agissant d'une certaine forme bénigne de trisomie, citée par un autre membre ?)

2.2.1.2.5 Distinction entre travail et activité

Pour les membres de la COTOREP, à la majorité, le travail est un moyen de subsistance (le terme est emprunté à l'un des membres), une source de revenu. Cette réponse est éminemment intéressante. A la question « la personne est-elle en mesure de se procurer un travail », nous pouvons en déduire qu'automatiquement, les membres traduisent « la personne est-elle en mesure de **se procurer un moyen de subsistance en dehors d'une allocation ?** ». Encore plus intéressante est la notion de travail, au niveau des exemples : celui qui travaille est salarié d'une entreprise. Est-ce à dire que l'artisanat ou les professions non salariées en général ne ressortissent pas du travail ?

Une activité ne serait pas forcément un travail. Elle pourrait aussi être un loisir. Elle impliquerait davantage un choix (un des membres définit l'activité comme une « occupation choisie en fonction de ses intérêts personnels). Est-ce à dire que le travail doit obligatoirement être subi ? Est-ce à dire que le travail ne peut pas être délibérément choisi ?

Ou bien, l'enquête étant relative aux AAH 35-2, ce membre considère-t-il que le travail est forcément subi par les personnes qui se présentent à la COTOREP ?

2.2.1.2.6 Représentations de l'insertion sociale

L'insertion sociale, pour la majorité des membres, passe par un moyen : le logement. Les membres estiment en effet que l'insertion sociale, c'est avoir un logement, un moyen de subsistance et des relations avec les autres. Un des membres a refusé de répondre, un autre a donné une réponse presque poétique « réactivation de l'envie de vivre ». La désinsertion serait-elle la mort symbolique de l'être social ?

2.2.1.2.7 Représentations de l'insertion professionnelle

Il est intéressant de noter que plusieurs réponses se sont focalisées uniquement sur la « réinsertion » et non sur l'insertion professionnelle qui était proposée, tant au niveau de la définition qu'en ce qui concerne les exemples. Une distinction apparaît avec le travail protégé, assimilé pour certains à une insertion professionnelle. L'apprentissage, dont on sait qu'il est plutôt une période de formation, est assimilé par d'autres à une insertion professionnelle, ce qui semble a priori abusif. Au final, la notion apparaît plutôt floue. Faut-il que le contrat soit long ? Sûrement si l'on s'en réfère à l'opinion de ce membre qui a barré le mot « assez » dans l'association de mots initialement proposée « contrats assez longs ».

2.2.1.2.8 Représentations de l'intégration

Là encore, les réponses font appel à un large éventail d'opinions. Pour certains, il s'agirait d'une assimilation complète (un des membres définit comme « faire partie d'un tout sans qu'apparaissent les différences »). L'entourage, l'environnement, joueraient un rôle significatif. « Acceptation de la différence » « accueil de migrants étrangers » « émigré qui adopte les coutumes du pays où il vit » sont des réponses significatives, dont la difficulté est sous-entendue par les termes « acceptation » ou « adopter ».

2.2.2 précisions apportées par les entretiens de synthèse

2.2.2.1 La richesse d'une large palette de représentations

Dans bien des domaines, les membres de la COTOREP, ont des représentations souvent convergentes mais avec un large éventail de nuances. Si ceci peut être la traduction d'une extrême richesse, en revanche, il se pourrait que le phénomène explique pourquoi telle personne obtient une AAH 35-2 avec une incapacité estimée à 50 % et telle autre pas. Les paramètres qui entrent en jeu dans la partie basse du barème, semblent extrêmement flous.

Il serait intéressant qu'une étude ultérieure s'attache uniquement à l'examen tant médical que social des dossiers acceptés ou rejetés avec un taux d'incapacité de 50 % afin d'en esquisser la typologie. L'étude de Dominique VELCHE et de Pascale ROUSSEL sur les AAH 35-2³⁷ n'a répondu que partiellement à cette interrogation.

2.2.2.2 La volonté de ne pas enfermer la personne dans son handicap

Lors des entretiens de synthèse, les membres de la COTOREP ont traduit leur difficulté à décider qui relève de l'AAH et qui n'en relève pas. S'ils ne sont pas toujours conscients de l'impact économique de leur décision dans le financement public, ils ont, après discussion entre eux, traduit leur volonté commune de ne pas enfermer la personne dans son handicap. Ils estiment en effet que, quelque part, le fait de percevoir l'AAH, s'il valide en quelque sorte une non recherche d'emploi aux yeux de l'entourage et du voisinage, peut conduire la personne à une rupture de tout lien social. Ils sont tellement conscients de cela qu'ils ressortent souvent très mal à l'aise des décisions adoptées à une très faible majorité. Ils se demandent ce qui est le mieux pour cette personne, et cette interrogation est aggravée par une autre difficulté : celle d'apprécier si travail et handicap peuvent être mis en relation pour cette personne.

2.2.2.3 La difficulté d'apprécier si travail et handicap peuvent être mis en phase pour une personne donnée

Existe-t-il une relation possible entre le travail et le handicap ? Et sur quoi doit-on asseoir une réponse positive ou négative ? Comment peut-on décider que telle personne n'a absolument aucune chance d'accéder à un emploi, avec la nuance près déjà citée que, souvent par commodité, les commissions se prononcent de fait plus souvent sur l'employabilité que sur l'accession à l'emploi ?

Peut-on accéder à l'emploi lorsqu'on est handicapé ? L'AGEFIPH, CAP emploi, le PDITH répondent « oui, c'est possible ». Lorsque, avec les centres de bilans de compétences, la question est posée de savoir dans quels cas, la réponse est déjà beaucoup plus nuancée. souvent, « on ne sait pas », « on bricole » ses propres évaluations, sans se préoccuper si une méthode ne pourrait pas être trouvée en s'associant avec les autres organismes qui ont les mêmes préoccupations. Ceci n'est pas toujours vrai. En effet, sur le bassin d'emploi de SAINT-DIE, plusieurs « experts », inventeurs de leurs propres méthodes d'évaluation, se sont groupés pour tenter de rationaliser leurs référentiels. Le Professeur François LE

³⁷ ROUSSEL Pascale, VELCHE Dominique « Enquête sur les bénéficiaires de l'AAH 35-2 » CNTERHI, 2000

POULTIER, psychosociologue, intervenant dans plusieurs universités (RENNES 2, NANCY 2 et METZ) anime les travaux, auxquels nous avons participé. Il est symptomatique de noter que la DDASS n'avait pas été informée de ces réunions, auxquelles nous avons eu accès grâce à la complicité de Jacques DESCHANG, responsable du PDITH. Ce n'est qu'à la dernière réunion à laquelle nous avons assisté qu'il a été envisagé de faire appel au médecin coordonnateur de la COTOREP, un expert s'il en est de la relation entre handicap et travail. Nous y voyons un autre dysfonctionnement du bicéphalisme de la COTOREP : l'étude dont il s'agit est financée pour moitié par l'AGEFIPH et pour moitié par la Direction du Travail...

2.3 HANDICAP ET TRAVAIL, UN LIEN A DEFINIR

2.3.1 Une problématique travaillée par des acteurs de terrain :

2.3.1.1 Le PDITH

Ainsi que l'affirme M. Jacques DESCHANG, coordonnateur du PDITH des Vosges, les programmes départementaux d'insertion des travailleurs handicapés résultent d'une volonté politique initiée par les pouvoirs publics et accompagnée par les acteurs sociaux. Concrètement, il s'agit de mettre en œuvre des initiatives et des expérimentations, dans les secteurs public et privé, afin de permettre une meilleure intégration des personnes handicapées et la participation sociale de celles-ci promue par les institutions européennes. La généralisation des PDITH résulte d'une convention d'objectifs signée entre l'Etat et l'AGEFIPH le 9 décembre 1998. Dans les Vosges, une convention a été signée dès le 3 octobre 1996 pour la mise en place d'un comité d'orientation. Présidé par M. le Préfet, il réunit :

- le directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
- le directeur des affaires sanitaires et sociales
- le directeur délégué de l'agence nationale pour l'emploi
- le président du MEDEF 88
- le directeur régional de l'AGEFIPH

Cette convention a été renouvelée le 29 janvier 2001 pour 3 ans dans un accord cadre 2001-2003. Pour mener à bien leur mission, les partenaires mobilisent des moyens communs et évaluent ensemble le programme mis en place.

Les axes prioritaires concernent :

- l'information et les conseils aux entreprises pour maintenir et développer l'emploi des personnes handicapées
- l'accès à l'emploi et le placement durable en milieu ordinaire de travail des personnes handicapées
- la préparation à l'emploi et la formation professionnelle
- l'évitement et la sortie du milieu de travail protégé et l'insertion dans le milieu ordinaire de travail pour les jeunes issus de l'éducation spéciale ou les personnes évoluant en milieu de travail protégé.

2.3.1.2 CAP EMPLOI

Cap Emploi Vosges est également inscrit dans la convention Etat -AGEFIPH. Le service a signé une convention de cotraitance dans le cadre du PARE³⁸ avec l'ANPE. Il est membre du PDITH. Outre l'accueil et l'information des personnes, CAP emploi centre son action sur l'élaboration de parcours d'insertion en vue d'accompagner les bénéficiaires handicapés vers l'emploi durable en milieu ordinaire de travail et d'assurer le placement et le suivi des insertions réalisées. Sur chaque bassin d'emploi, un conseiller CAP emploi référent est présent. Sa bonne connaissance du tissu économique local et des difficultés liées aux situations de handicap lui permet une forte réactivité. L'insertion des personnes handicapées en milieu de travail ordinaire s'en trouve améliorée.

2.3.1.3 L'AGEFIPH

L'AGEFIPH, créée par la loi du 10 juillet 1987, gère le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées auquel cotisent toutes les entreprises de 20 salariés et plus qui ne remplissent pas leurs obligations légales d'emploi de travailleurs handicapés, à savoir 6 % des effectifs. L'organisme participe à la politique d'emploi menée par l'Etat et les collectivités territoriales. Il est composé :

- d'un collège d'employeurs, composé du MEDEF, de la FNSEA et de la CGPME
- d'un collège de salariés, comprenant la CFDT, la CFE-CGC, la CFTC, la CGT et la CGT-FO
- d'un collège des associations regroupant l'APF, la FMH, la FNATH, l'UNAPEI et l'UNISDA
- et enfin d'un collège de personnalités qualifiées.

³⁸ Plan d'aide au retour à l'emploi

Les aides peuvent s'adresser aux entreprises et aux employeurs du secteur privé, aux personnes handicapées bénéficiaires de la loi du 10 juillet 1987 ainsi qu'aux opérateurs de terrain que sont les organismes de formation ou centres de bilan de compétences, et les acteurs de l'insertion et du reclassement.

Ces trois organismes mènent des études et des actions concrètes pour conforter le lien existant entre handicap et travail. Ils se sont engagés également dans un vaste travail de modélisation avec le Professeur LE POULTIER.

2.3.1.4 Un groupe d'experts autour du Professeur LE POULTIER à SAINT-DIE

Comme il a été signalé plus avant, des représentants d'organismes experts des situations de handicap, notamment les centres de bilan de compétences du bassin d'emploi de SAINT-DIE³⁹ se réunissent autour du Professeur LE POULTIER, intervenant du cabinet ACTEVAL, basé à METZ.

Le travail des experts en question consiste à fédérer toutes les compétences qu'ils ont développées pour mettre en relation travail et handicap. Chacun a, en effet, ses propres outils en fonction de sa pratique personnelle, parfois de son ressenti, ce qui est beaucoup plus difficile à mettre en équations. L'étude est financée par l'Etat (DDTEFP) et l'AGEFIPH. Les participants tentent de concevoir méthodologiquement un outil diagnostique qui aurait pour principale fonctionnalité de permettre une focalisation sur les emplois ou métiers possibles à une personne victime d'une situation de handicap. Partant de là est inévitablement abordé le problème de la mise en relation entre handicap et travail, qui intéresse au premier chef les COTOREP amenées à prendre des décisions au niveau de l'AAH 35-2 puisqu'en définitive il est débattu principalement de l'aptitude ou de la non aptitude au travail. Cet outil, s'il parvient à être créé, pourrait être une incontestable aide à la décision.

Des logiciels, tels que PASS Avenir, déjà utilisés dans le réseau des PAIO et Missions Locales, ont été testés mais ils paraissent trop réducteurs aux experts. Pour autant, il est intéressant d'observer la démarche :

Le logiciel comporte 14 variables d'entrée qui sont renseignées par la personne :

³⁹ CAP Emploi, CIBC, Mission Locale de Saint-Dié, InovHom, ALAJI, Médecine du travail, PDITH

Numéro de l'item	Item	Nombre de modalités de réponse
1	Niveau de formation	6
2	Contexte de travail	3
3	Force physique	5
4	Tempérament	10
5	Salaire	7
6	Type d'activité	7
7	Intérêts	10
8	Marché de l'emploi	2
9	Personnalité	6
10	Domaines	26
11	Activités physiques	14
12	Horaires, déplacements	6
13	Milieu de travail	6
14	Secteur d'activité	12

Le logiciel comporte 953 fiches métiers.

Des variables de l'item N° 11 (activités physiques) peuvent s'avérer pertinentes pour des personnes handicapées : éviter de soulever, transporter, tirer, etc, qui permettent d'affiner le diagnostic.

Une simulation de sélection de métiers a été effectuée par le Professeur LE POULTIER à partir de la variable « activités physiques ». Elle a donné les résultats suivants :

Eviter de...	Nombre de métiers encore possibles pour cette contre-indication	Nombre de métiers encore possibles par cumul des contre-indications
Soulever	540	540
Transporter	542	527
Pousser ou tirer	604	518
Grimper, garder l'équilibre	741	496
Se pencher, s'agenouiller	557	457
Rester assis pendant des heures	424	56
Utiliser les doigts, les mains, les bras	296	33
Parler	177	-
Entendre	106	-
Voir	9	-
Marcher	273	-
Courir	852	-
Différencier les couleurs	612	-

En effectuant une simulation cumulant 3 contre-indications et le niveau de diplôme, le nombre de métiers possibles est le suivant :

Contre-indications physiques	Niveau de formation	Nombre de métiers possibles par secteur
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;"> Pas soulever Pas rester debout Pas marcher </div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">225 métiers</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="text-align: center;">↙</div> <div style="text-align: center;">↘</div> </div>	CAP BEP <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">27 métiers</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;">→</div>	Arts : 6 Technique : 2 Industrie : 3 Administratif : 3
	BAC <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">68 métiers</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;">→</div>	Technique : 5 Industrie : 4 Administratif : 33 Vente : 3 Service : 4

Ainsi, le nombre de métiers réellement possibles à une personne handicapée ne pouvant ni soulever, ni rester debout, ni marcher longtemps, dans le bassin d'emploi de Saint-Dié, pour prendre un exemple, sera encore considérablement réduit : sur les 14 métiers encore accessibles à un niveau CAP/BEP, les métiers artistiques n'embauchent que rarement alors que les secteurs industriels et techniques manquent totalement de vitalité. De plus, le public « COTOREP » a encore un niveau inférieur. Il est possible, ainsi, de comprendre pourquoi le nombre d'AAH est lié pour une large part, au dynamisme d'une zone donnée.

Par conséquent, le référentiel qui serait utilisable par tous les acteurs intervenant dans le champ du handicap, COTOREP comprise, pourrait résulter d'une extension spécifique de PASS Avenir dont on peut supposer un moindre coût que celui généré par la création de toutes pièces d'un nouveau logiciel. Le travail effectué sur les métiers représente, en effet, des heures de programmation qu'il serait utile de récupérer.

2.3.2 Des freins à lever :

2.3.2.1 absence de réseau COTOREP

Les COTOREP ne communiquent pas en leur sein, ou très peu. Elles ne communiquent pas davantage entre elles, ce que regrette beaucoup Madame SOUMET. La Mission d'appui aux COTOREP, de par son implantation stratégique à la DGAS, et ses relations fréquentes avec

chacune d'entre elles, pourrait jouer le rôle intéressant de « tête de réseau » en multipliant les occasions pour leurs membres de se rencontrer et d'échanger. Pour les personnels, une telle initiative est déjà développée par le biais de sessions de formation spécifiques, décentralisées en région. Il faudrait cependant aller plus loin et ménager des temps de rencontre pour les membres des commissions.

2.3.2.2 Gommer les inégalités géographiques

Les nombreux rapports déjà cités ont dénoncé une absence de traitement égal en tous points du territoire. Les différences parfois importantes entre certains départements et la moyenne nationale, qui n'est pas une fin en soi, Madame SOUMET l'a rappelé⁴⁰, peuvent être multifactorielles. Là encore, la dimension départementale n'est pas toujours pertinente et il serait peut-être opportun, justement par le développement de réseaux COTOREP, d'élever ce genre de problématique au niveau régional.

Quoi qu'il en soit, il est bien évident que toute innovation tant au niveau du fonctionnement des COTOREP que sur celui des allocations compensatrices devra être en concordance avec les options prises au niveau européen, toute initiative nationale risquant d'être bloquée à terme dans le cas d'options contraires aux traités communautaires qui s'imposent dans chacun des états.

2.4 LA COTOREP VOSGIENNE, FORCE DE PROPOSITION

Nous avons entrevu avec les travaux du groupe d'experts déodatien la difficulté d'obtenir un outil diagnostic mettant en relation travail et handicap. Ce lien existe, mais il est tellement multifactoriel qu'il n'est pas simple à modéliser. Pourtant, les membres de la COTOREP vosgienne ont essayé de traduire les éléments les plus importants sur lesquels ils se basent, actuellement, dans leur prise de décision.

⁴⁰ par exemple, les mauvais chiffres de la Creuse s'expliquent autant par la présence importante de structures d'accueil que par le manque de tonicité du milieu économique

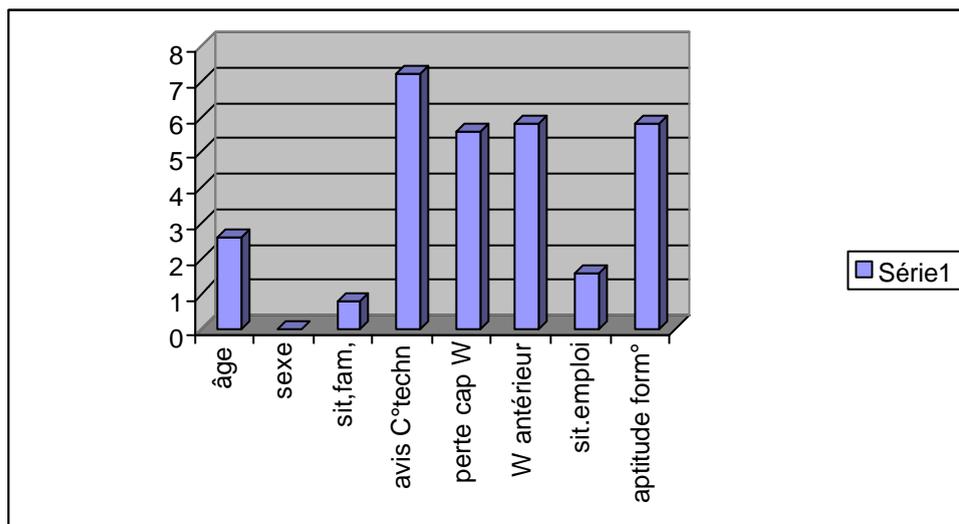
2.4.1 Les éléments qui influent dans le processus de décision des membres de la COTOREP

2.4.1.1 les réponses aux questionnaires

2.4.1.1.1 Sur le point de savoir si la personne relève de la législation du handicap ou du droit commun

Sur le graphique ci-dessous, les colonnes représentent le poids des différents items proposés dans la formation du jugement des membres de la COTOREP. Ainsi, le sexe de la personne ne joue aucun rôle. Quasiment unanimement, les membres ont rappelé d'ailleurs qu'hommes et femmes sont égaux en droits.

Il peut être observé que l'avis de la commission technique est prépondérant. Faut-il en conclure, avec la promotion Jean Monnet de l'Ecole Nationale d'Administration, que



« l'intervention d'une commission pour prendre des décisions dont la très grande majorité relève en d'un examen médical, est en réalité inutile⁴¹ ». Rien n'est moins sûr, surtout si l'on se base sur les autres paramètres pris en compte par les membres de la COTOREP, centrés principalement sur des critères sociaux : perte de capacité de travail, travail antérieur exercé par la personne, et aptitude à la formation professionnelle de celle-ci. Notons que les propositions de l'ENA avaient été reprises en partie par le rapport de l'IGF et de l'IGAS, dit « rapport LUBEK », déjà cité, qui suggérait le transfert des allocations au contrôle médical

⁴¹ ENA –Promotion Jean-Monnet, Session du 3 ou 15 avril 1989, « questions sociales », p.344

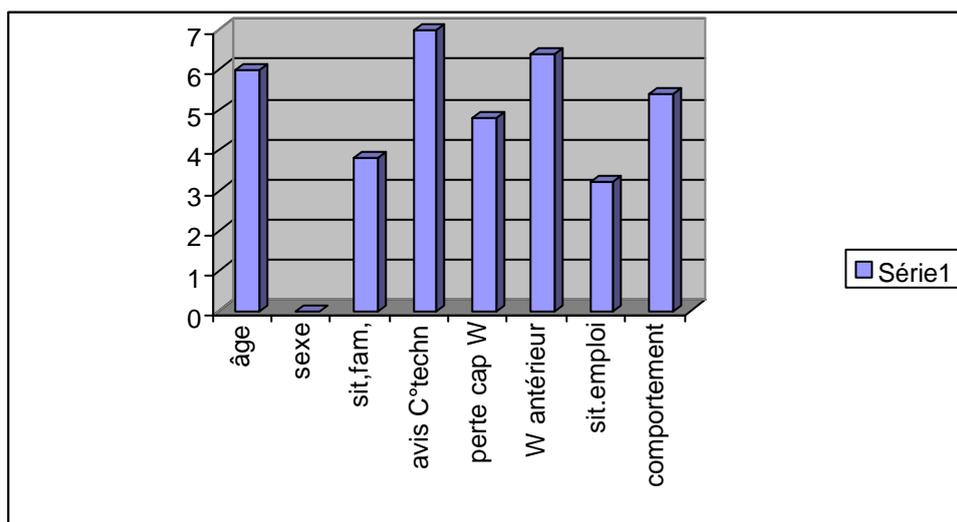
des caisses d'assurance maladie, de façon à obtenir une unité avec le régime d'attribution des pensions d'invalidité.

Ce qui est notable également dans ce graphique, c'est la faible influence de la situation de l'emploi (curseur positionné à 1,6). Ainsi, les membres de la COTOREP semblent laisser le soin au dispositif de droit commun de s'occuper de cette problématique. Ils ne semblent pas conférer à la législation sur le handicap une mission de refuge pour certains salariés, fragilisés par un mal être, des incapacités physiques peu importantes ou exclus temporairement du marché de l'emploi.

Il est clair, en outre, que les membres de la COTOREP centrent leur décision sur l'avis de la commission technique (curseur positionné à 7,2), le travail antérieur et l'aptitude à la formation à égalité (curseur positionné à 5,8) et enfin la perte de capacité de travail (curseur positionné à 5,6). Il peut en être déduit que les règles que la COTOREP des Vosges a été amenée à se construire de manière informelle sont centrées sur ces éléments, qui délimitent les incapacités rendant impossible l'exercice de l'emploi, tout en prenant en compte la diversité des situations socio-démographiques.

2.4.1.1.2 Sur le point de savoir si la personne doit percevoir l'AAH

Dans cette nouvelle série d'items proposés, seul le dernier élément « aptitude à la formation » a été changé au profit du « comportement ». L'idée poursuivie était de savoir si



l'alcoolisme pouvait jouer un rôle dans la décision, compte tenu de la fréquence de cette pathologie dans la population présentant une demande à la COTOREP des Vosges. Or, il s'avère, dans les commentaires apportés sur le questionnaire, que cet item a plus été interprété comme une attitude plus générale de la personne. L'un des membres a indiqué

qu'il avait un a priori défavorable et donc un jugement négatif, si la personne prenait le parti de faire du «chantage » en accentuant une situation de façon à susciter l'empathie du public. En réunion de synthèse, les membres ont affirmé également leur volonté de ne pas céder au misérabilisme, en somme leur volonté de ne pas céder à leurs propres émotions. Il est possible ainsi d'établir que l'affect joue un rôle mineur dans les décisions.

L'avis de la commission technique, comme dans le tableau précédent, confirme la confiance des membres dans le diagnostic de l'équipe technique.

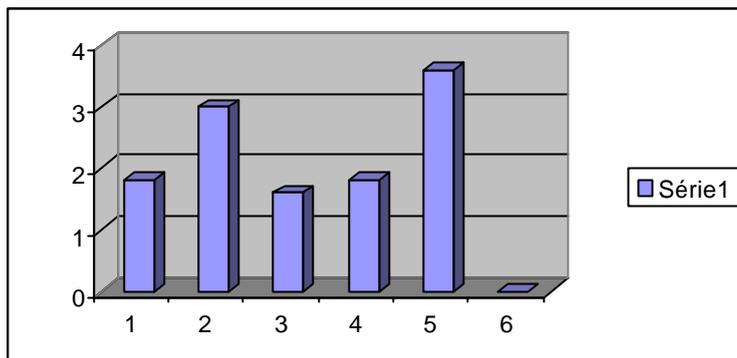
L'âge, contrairement à la situation du graphique précédent, joue un rôle important. Dans leurs commentaires, les membres ont insisté sur leur volonté de ne pas encourager l'assistanat pour les jeunes afin de ne pas les enfermer dans le handicap. A l'inverse, lorsque la personne est plus âgée, les membres estiment qu'aucune formation n'est envisageable, la personne n'ayant plus, a priori, la motivation nécessaire pour se remettre fondamentalement en cause. Ils sont donc plus enclins, dans cette situation, à attribuer un revenu de remplacement.

Le travail antérieur est également un élément important d'appréciation. Les membres expliquent que, selon le type de travail exercé par la personne avant la survenue des incapacités qui l'amènent à présenter un dossier à la COTOREP, le reclassement n'est pas toujours possible. L'un des membres utilise d'ailleurs ce paramètre comme indicateur des capacités de réinsertion de la personne. Un autre est plus sensible à la possibilité d'autres revenus de remplacement pouvant faire obstacle à l'AAH, par exemple des indemnités de chômage qui pourraient être obtenues du fait d'un travail antérieur ou encore une pension d'invalidité.

La situation de l'emploi et la situation de famille, qui n'influaient pas tellement dans la détermination du point de savoir si la situation de la personne relevait plus du droit commun que de la législation du handicap (curseur positionné à 1,6 sur un total de 10 pour le premier et à 0,8 pour le second), occupent des positions qui leur permettent de « peser » dans la décision finale.

Mais il est clair que quatre éléments dominant : l'avis de la commission technique (curseur positionné à 7), le travail antérieur (curseur positionné à 6,4), l'âge (curseur positionné à 6) et le comportement (curseur positionné à 5,4).

2.4.1.2 Les problèmes les plus fréquemment rencontrés



Légende :

1	Information sur les handicaps
2	Information sur les dispositifs sociaux
3	Information sur la situation de l'emploi
4	Information sur la portée financière des décisions
5	Appréciation de l'aptitude au travail
6	Problèmes d'alcoolisme

Malgré les tentatives d'élaboration d'une ligne de conduite plus ou moins informelle, les membres de la COTOREP des Vosges avouent rencontrer des problèmes. L'étude proposait 6 items, auxquels pouvaient être adjoints des commentaires libres. Les résultats sont les suivants (il est précisé que 2 membres n'ont pas rempli cette partie du questionnaire) :

Ainsi, deux éléments posent particulièrement problème aux membres de la COTOREP : l'appréciation de l'aptitude au travail (curseur positionné à 3,6) et l'information sur les dispositifs sociaux (curseur positionné à 3).

La présence souhaitable d'une assistante sociale parmi le personnel de la COTOREP des Vosges, de même que celle du psychologue du travail au sein de l'équipe technique, semblent ainsi se confirmer.

Par ailleurs, lors des entretiens de synthèse, les membres présents sont rapidement tombés d'accord pour dire que la COTOREP n'est pas le lieu où doivent se discuter les aides (d'autres organismes) que pourraient obtenir les demandeurs. Ils estiment qu'un travail doit être accompli en amont, confirmant le fort besoin d'un travailleur social au sein de l'équipe. Certains verraient bien la présence d'un éducateur spécialisé.

L'alcoolisme a été également abordé. Un consensus s'est formé pour dire que cette pathologie peut entraîner des déficiences qu'il y a lieu de traiter comme telles quelle qu'en soit la cause.

Dans la dernière série d'items figurait la proposition de 3 solutions : l'organisation d'un séminaire de réflexion, l'ébauche d'un référentiel formalisé propre à la COTOREP des Vosges, et enfin la construction d'un guide barème social national (référentiel national). Les résultats ont fait apparaître une forte demande d'un référentiel national. Il est précisé qu'au moment où les questionnaires ont été remplis, personne n'avait connaissance des travaux du chantier de réforme de la loi d'orientation de 1975 en faveur des personnes handicapées, ce qui semble assez extraordinaire.

Dans les commentaires, certains membres ont insisté sur la nécessité qu'ils ressentent d'obtenir une harmonisation des décisions des différentes COTOREP. Ils précisent toutefois qu'il y aura toujours des cas particuliers limites dont il faudra discuter et débattre en commission. Mais ils estiment qu'il est intéressant de pouvoir édifier des règles de conduite à tenir pour différents cas afin de pouvoir donner des avis similaires d'une COTOREP à l'autre, ce que réclament également les différents rapports élaborés sur le sujet et notamment le rapport LUBEK, déjà cité. Cependant, il semble qu'un effort particulier doit être concentré sur le handicap social, « difficile à cerner » selon plusieurs membres.

S'agissant du séminaire, les membres sont partagés. Les uns pensent qu'il est impossible à réaliser ou qu'il n'amènerait pas les résultats positifs escomptés par un référentiel synthétisant des conditions d'admission à l'AAH admises par tous. Un des membres estime dangereux d'apporter une réglementation supplémentaire qui « enfermerait » les membres et priverait la COTOREP de sa richesse, et sans doute aussi de son utilité.

Un autre a particulièrement bien résumé la situation dans son commentaire écrit : « En tant que membres de la Commission, on se trouve pris dans une problématique où il faut appliquer des textes légaux, limiter les dépenses publiques et favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des gens qui se présentent en COTOREP. Mais, nous sommes en bout de chaîne et l'on ne peut que constater qu'en amont les structures de protection sociale n'ont pas forcément rempli complètement leur rôle, comme, par exemple, la reconnaissance de l'invalidité.

La prévention de ces situations exige d'intervenir en amont : c'est la médecine du travail et le renforcement de ses moyens et une utilisation pleine du tiers-temps. C'est le rôle des

médecins-conseils prenant plus en compte les difficultés des assurés. Enfin, c'est la prévention contre les licenciements des salariés inaptes dans les entreprises et les services ».

2.4.2 Un référentiel social à construire

2.4.2.1 Propositions

2.4.2.1.1 Les éléments à prendre en compte prioritairement, selon les membres de la COTOREP vosgienne

Lors des entretiens de synthèse, les membres ont réfléchi ensemble sur les points qu'il faudrait développer plus particulièrement. Ils seraient preneurs d'un référentiel qui leur permettrait d'apprécier plus globalement la situation sociale de la personne sur les points suivants :

- le logement (à rapprocher de leur avis sur le caractère « intégrateur » du logement)
- la mobilité et l'environnement géographique (particulièrement importants dans le cas d'un département au relief parfois tourmenté où les villages sont disséminés dans des vallées encore enclavées)
- tout ce qui touche à la vie sociale, notamment la culture et les relations de la personne avec son environnement, qui leur donnerait une indication supplémentaire sur les chances de réinsertion professionnelle éventuelle de celle-ci
- l'illettrisme, la compréhension, qui leur donneraient des éléments sur les chances d'insertion sociale de la personne
- un aspect important : l'autonomie dans la gestion du temps et la gestion de l'argent

Les membres ont été vivement intéressés par la codification de la CIH2⁴², encore appelée CIF dans certains documents communautaires. Ils verraient bien un outil d'aide à la décision basé sur ce document, dont ils n'avaient pas eu connaissance. Apparemment, ce document n'était pas encore parvenu dans le département en février 2002 : il était inconnu du médecin coordonnateur, du groupe d'experts de Saint-Dié, ainsi que du responsable du PDITH, qui devait se le procurer au CINTERHI lors d'un séminaire le 12 mars 2002. Il faut regretter le

⁴² classification internationale des handicaps, version 2001

caractère confidentiel de tels documents qui font avancer la compréhension et la facilitation dans le domaine du handicap.

2.4.2.1.2 La CIH2

Adoptée en 1976 à titre expérimental par l'Organisation Mondiale de la Santé et à titre définitif en 1992, la CIH était destinée, à l'origine, à favoriser la collecte des données sur les conséquences des maladies chroniques et invalidantes.

Trois conséquences principales peuvent être retenues :

- celles qui affectent le fonctionnement ou la structure organique : les déficiences
- celles qui affectent les possibilités d'accomplir des activités considérées comme normales pour un être humain : les incapacités
- celles qui entravent l'exercice des rôles sociaux dont l'accomplissement est considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe, des facteurs socioculturels : les désavantages.

A l'intérieur des 3 catégories figurent des chapitres, des sous-chapitres et des items qui permettent d'identifier la ou les conséquences rencontrées par la personne atteinte d'une pathologie chronique, d'une malformation congénitale ou qui serait victime d'un accident ou diminuée par le vieillissement.

Par exemple :

Essoufflement (sous-catégorie de déficience des organes). Ce problème peut être la conséquence d'une maladie telle que la byssinose (maladie qui affecte principalement les personnes qui ont travaillé dans le textile, à une époque où les mécanismes d'aspiration n'avaient pas été rendus obligatoires dans les filatures et tissages), elle-même répertoriée dans la classification internationale des maladies (CIM).

Il affecte toute une série de capacités (et donc crée des incapacités) qui elles-mêmes créent des désavantages :

Incapacités	<ul style="list-style-type: none">- la marche- le transport des moyens de subsistance- la tolérance à l'effort
Désavantages	<ul style="list-style-type: none">- en termes d'occupation- en termes d'indépendance économique

La classification initiale s'est trouvée rapidement obsolète, contestée dans sa forme ou controversée au niveau conceptuel.

La nouvelle version abandonne la notion d'incapacité au profit de la notion d'activité. La notion de participation sociale est préférée à celle de désavantage social.

2.4.2.2 adopter la méthode belge des groupes de dialogue⁴³

2.4.2.2.1 *la méthode utilisée en Belgique pour l'élaboration du rapport général sur la pauvreté*

Cette méthode, dite des groupes de dialogue, a présidé à l'élaboration du Rapport général sur la pauvreté, en 1994, dans ce pays et se décompose globalement en trois phases :

2.4.2.2.1.1 *Phase 1 : priorité aux associations*

Dans la première phase, les associations se rassemblent entre elles pour échanger leurs expériences sur un thème précis. Ensemble, elles essaient de formuler des propositions de changement et des recommandations.

2.4.2.2.1.2 *Phase 2 : invitation des partenaires issus de services ou d'institution à enrichir les propositions initiales*

Dans cette deuxième phase, les associations invitent les partenaires issus des services ou des institutions jouant un rôle dans le domaine concerné. Il peut s'agir aussi de personnalités qualifiées qui désirent contribuer, à partir de leur expérience ou de leur expertise, à l'élaboration des recommandations et propositions. Il s'agit donc d'une phase de dialogue entre des associations porteuses du vécu et des expériences des plus démunis avec l'ensemble de la société, et particulièrement les acteurs les plus impliqués dans telle ou telle problématique.

2.4.2.2.1.3 *Phase 3 : dialogue avec les autorités publiques*

A ce niveau, les associations et leurs partenaires invitent les responsables politiques et administratifs à travailler avec eux sur la matière concernée, à partir des expériences vécues

⁴³ CHOFFE Thomas, FELTESSE Hugues « Les approches de l'exclusion sociale en Europe » in Echanges Santé Social N° 97-98, mars-juin 2000, pp 57-62

et des propositions formulées. Le dialogue s'enrichit donc à un autre niveau : le niveau politique.

2.4.2.2.1.4 Activation d'un organisme permanent

Il s'agit, dans le cas belge, d'un instrument, la Cellule Pauvreté du Centre pour l'Égalité des Chances, qui a pour mission de répertorier, systématiser et analyser les informations en matière de pauvreté et d'exclusion sociale. Il organise également une concertation structurelle avec les populations les plus démunies. L'élément fondamental est la présence institutionnalisée, au sein de la commission d'accompagnement du service, de représentants d'organisations où les plus démunis peuvent prendre directement la parole.

2.4.2.2.2 Discussion de l'intérêt de celle-ci pour la construction d'un référentiel social

Ce qui apparaît important dans cette expérience, c'est une construction de propositions inhabituelle en France. D'ordinaire, en effet, elles sont élaborées au niveau central, avec une concertation au niveau national, où un certain lobbying associatif s'opère, puis appliquées indifféremment suivant la nature du terrain accueillant la population cible. Or, toutes les solutions imaginées à Paris ne sont pas forcément applicables en tous points du territoire, si ce territoire n'a pu préalablement s'exprimer sur le sujet. Ceci a été parfaitement ressenti dans l'élaboration des programmes régionaux de santé puisqu'une conférence régionale de santé est préalablement réunie.

2.4.2.2.2.1 Priorité au dialogue

L'intérêt d'une telle méthode réside dans la part belle faite au dialogue, à tous les niveaux, et dès la base. La richesse des échanges permet de dégager un consensus qui paraît être gage d'une bonne application ultérieure ;

2.4.2.2.2.2 Méthode proposée à partir de la CIH2

Phase 1 : travail de réflexion à réaliser par chaque COTOREP d'une région autour de la construction d'un outil d'aide à l'appréciation de l'environnement social des personnes en situation de handicap, basé sur la classification internationale des handicaps N° 2 (2001), rédaction d'un rapport, élection de 3 membres chargés de dialoguer au niveau de la région ;

Phase 2 : travail au niveau régional des membres élus en phase 1 autour d'un cabinet expert, élection de 3 membres chargés du dialogue avec les associations représentatives ;

Phase 3 : discussion des propositions avec les DDASS, les DDTEFP, la mission COTOREP du Ministère, formulation d'un référentiel régional consensuel ;

Phase 4 : Expérimentation pilotée par la mission COTOREP

Il semble indispensable de proposer une expérimentation dans une région donnée, voire plusieurs régions avant une généralisation ultérieure, d'inévitables corrections étant prises en compte entre temps. Des expérimentations dans des régions ayant des options différentes pourraient s'avérer intéressantes ;

Phase 5 : généralisation éventuelle sur décision ministérielle

Il appartient à l'Administration centrale de généraliser l'expérience, dès lors que celle-ci s'avèrerait concluante.

2.4.2.3 mise en œuvre proposée au sein des COTOREP

La mise en œuvre de toute nouvelle méthode de travail au sein des COTOREP devra préalablement faire l'objet d'une concertation avec les personnels et les autres intervenants.

2.4.2.3.1 *Imaginer un autre fonctionnement des commissions spécialisées*

Il appartiendra aux commissions spécialisées de faire remonter au Ministère de quelle manière elles souhaitent utiliser un référentiel d'aide à la décision. Il paraît, en effet difficile de l'imposer depuis l'administration centrale sans expérimentation consensuelle préalable.

2.4.2.3.2 *Limites*

La principale difficulté de la mise en place d'un tel outil paraît concentrée dans le profond souci de l'égalité manifesté par les membres des commissions spécialisées – ils vivent assez mal les distorsions mises à jour par les différentes enquêtes sur le sujet dans différents points du territoire – peu compatible avec des cas individuels parfois atypiques présentés en commission. Les membres interrogés dans le cadre de l'enquête souhaitent, dans le même temps apporter une réponse individualisée à la demande présentée.

2.5 TRAVAILLER LA COMMUNICATION

Au cours des deux stages que nous avons effectués dans les Vosges, nous avons observé à de nombreuses reprises les difficultés de communication entre les acteurs évoluant dans le champ du handicap. Nous estimons que, si l'information circulait mieux entre eux, une synergie, actuellement embryonnaire, pourrait prendre son essor. Ainsi, des économies

substantielles globales, tous financeurs confondus, pourraient être réalisées – et les crédits redéployés – en évitant des évaluations redondantes d'un côté, des études et enquêtes sur un même objet, de l'autre.

2.5.1 Diffusion du formulaire « évaluation de la capacité de travail », rédigé par le médecin de la COTOREP, aux centres de bilans de compétences

Dans le groupe de travail déodatien auquel nous avons participé, nombreux ont été les acteurs des centres de bilans de compétences à souhaiter être destinataires du formulaire « évaluation de la capacité de travail » rédigé par le médecin de la COTOREP. L'assurance étant prise de la confidentialité des renseignements purement médicaux, nous relayons cette demande que nous trouvons tout à fait légitime : les évaluations ultérieures sont redondantes et mobilisent des financements qui pourraient être redéployés pour des aménagements de postes ou d'autres mesures propres à maintenir les personnes en situation de handicap dans le milieu ordinaire.

2.5.2 Renforcement des moyens des PDITH pour créer ou rétablir toutes les interfaces possibles entre les différents organismes qui se préoccupent de définir un lien entre handicap et travail

Là encore, cette proposition résulte des observations faites sur le terrain d'un chaînon essentiel manquant ou plutôt de la légitimation d'un maillon existant dans une tâche complémentaire. Il nous semble que le PDITH, de par sa parfaite connaissance des différents acteurs évoluant dans le champ du handicap (cf annexe 6), pourrait, avec des moyens renforcés, être chargé de créer ou de rétablir toutes les interfaces possibles entre les différents organismes qui communiquent insuffisamment entre eux. La tâche est déjà partiellement initiée, mais les moyens insuffisants mis en œuvre sur le terrain empêchent cet organisme clé de développer son action. Peut-être faudra-t-il trouver des financements complémentaires à ceux déjà existants. Le GIP auquel nous sommes favorable pourrait être une des solutions.

CONCLUSION

Les AAH 35-2, du fait de leur relation étroite avec les concepts liés au handicap et au travail interrogent deux des politiques sociales les plus évolutives en ce début de troisième millénaire.

Mais elles sont également écartelées entre les deux : plus des mécanismes antidiscriminatoires seront mis en place tant à l'embauche qu'au niveau du maintien dans l'emploi lors de la survenue du handicap en cours de carrière, et plus elles seront appelées à disparaître. Les recommandations européennes de maintien le plus possible dans le droit commun iraient plutôt dans ce sens.

D'un autre côté, les intenses réflexions sur le handicap, ou plutôt les situations de handicap, menées par les participants au chantier de réforme des COTOREP, tout en prônant également le maintien dans le droit commun, conduiraient, dans l'hypothèse la plus optimiste, à une amélioration du système de compensation actuel. Celui-ci donnerait, en particulier, de meilleures chances de parvenir à une participation sociale accrue par l'instauration d'un "revenu d'existence" dont les modalités seraient de la compétence de la représentation nationale.

Les incertitudes politiques du moment ne permettent pas, pour l'instant, un pronostic dans un sens ou dans l'autre.

Le référentiel que la COTOREP des Vosges et d'autres acteurs du handicap appellent de leurs vœux, conserve ainsi tout son sens et toute son actualité. Le lien entre le handicap et le travail existe. Il est multifactoriel et sans doute est-il très ambitieux de vouloir le modéliser. Il n'en demeure pas moins que le chantier pour le construire devra être à la hauteur du défi à relever : permettre à la personne en situation de handicap de se réaliser dans un travail si elle le souhaite et réserver les mécanismes de compensation aux situations où une telle espérance s'avèrerait impossible.

Sans doute les COTOREP sortiront-elles considérablement transformées par la refonte législative de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 et nul ne sait encore en prendre la mesure.

Mais c'est sur le terrain que certains acteurs devront voir leurs moyens résolument renforcés, car c'est sur le terrain que les représentations sociales devront le plus évoluer. Les PDITH, le réseau CAP emploi et l'AGEFIPH sont de ceux-là les centres de bilans de compétences, également.

N'est-ce pas en permettant une véritable participation sociale aux personnes handicapées par le biais de l'emploi, d'une part, et par un véritable mécanisme de compensation lorsque tout emploi s'avèrerait impossible, d'autre part, que l'on pourra le mieux se mettre en conformité avec les directives européennes ?

Ne sera-ce pas également le moyen de confirmer à la France l'image qui fait d'elle un pays qui compte dans le concert des Nations : celui des Droits de l'Homme ?

RELEVÉ DES PROPOSITIONS

Domaine de l'article 34 de la Constitution du 4 octobre 1958

- création d'un groupement d'intérêt public « HANDICAP », associant, autour de la COTOREP, tous les acteurs du champ du handicap
- étrangers « sans papiers » ayant déposé un dossier de régularisation à la Préfecture : droits à l'AAH ouverts dès le dépôt

Domaine de l'article 37 de la Constitution du 4 octobre 1958

- transformation de la mission d'appui aux COTOREP en « tête de réseau » institutionnalisée et pérenne
- institutionnalisation des PDITH en véritables « têtes de réseaux » locales, chargées de conforter le lien entre handicap et travail ; renforcement de leurs moyens
- information et formation des structures situées en amont de la COTOREP (cf annexe 6)
- réformation de la pratique selon laquelle tout dossier de demande doit être instruit, même s'il ne relève pas manifestement du champ de compétences de la commission ou n'a aucune chance d'aboutir, du fait de revenus trop importants, par exemple ; Redéploiement des crédits mal utilisés à ce titre.
- généralisation du formulaire médical mis en place par la COTOREP du Nord
- construction d'un référentiel d'aide à la décision (trois axes : CIH2, propositions de la COTOREP des Vosges, méthode belge des groupes de dialogue) ; étudier éventuellement une extension du logiciel « PASS AVENIR » propre aux structures travaillant sur un lien entre handicap et travail.
- diffusion du formulaire « évaluation de la capacité de travail », rempli par le médecin de la COTOREP, aux centres de bilans de compétences, avec l'accord de la personne handicapée
- médiatisation de la CIH2

Domaine de compétence de la DDASS des Vosges :

- instauration d'un règlement intérieur de la COTOREP (avec un paragraphe sur le rapport, à confier à une personne neutre, un fonctionnaire de la COTOREP par exemple)
- restauration du partenariat avec la Caisse d'Allocations Familiales

- restauration du partenariat avec l'Association pour la Formation Professionnelle des Adultes
- renforcement des vacations de psychiatres
- création d'un poste pérenne d'assistante sociale au sein de la COTOREP
- travail d'information sur le remplissage des dossiers médicaux à mettre en place avec les organismes de formation continue des médecins généralistes et spécialistes
- répondre au besoin de communication des membres de la COTOREP (temps de parole institués ; réunions plénières régulières, à établir en concertation avec les intéressés)

Bibliographie

ARIBAUD Claude, mémoire de DUPITH, Collège Coopératif en Bretagne, Université de RENNES 2 « *La reconnaissance de travailleur handicapé, une question de représentations ? Les aspects subjectifs du handicap* », Rennes, 1996

ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE « *Déficiences motrices et handicaps – aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs* », APF 1996

ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE « *Journée des représentants APF en COTOREP* » Paris, 25 novembre 1999, actes de la rencontre, document interne à l'APF

CARCENAC Yves « *20 mesures pour améliorer l'efficacité globale du dispositif* », rapport sur l'activité et le fonctionnement des COTOREP, Sous la direction de Yves CARCENAC avec le concours de Patrick LECHAUX, Synthèse pour le conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés, 1993

CARCENAC Yves – « *L'activité et le fonctionnement des COTOREP – vingt mesures pour améliorer l'efficacité globale du dispositif* », Rapport de l'inspection générale des affaires sociales, juin 1993

CASTEL Robert et LAE Jean – François « *le revenu minimum d'insertion, une dette sociale* » PARIS, L'harmattan, 1992, Collection « logiques sociales », 232 pages

CERC « *Atouts et difficultés des allocataires du RMI* », Rapport final, Centre d'Etude des Revenus et des Coûts, PARIS, Documents du CERC, 3^{ème} trimestre 1991, N° 102, 221 pages

CHANTELOUP Dominique – « *Et si le revenu avait pris le pas sur le statut ?* » mémoire de DUPITH (diplôme universitaire des professionnels de l'insertion des travailleurs handicapés, Collège Coopératif en Bretagne, Université de RENNES 2, 1996

CHAPIREAU François « *Les enjeux sociaux de la classification internationale des handicaps* » in Revue Prévenir, N° 39, 2^{ème} semestre 2000

CHOFFE Thomas, FELTESSE Hugues « *Les approches de l'exclusion sociale en Europe* » in Echanges Santé Social N° 97-98, mars-juin 2000, pp 57-62

CIH2 – « *Classification internationale des handicaps N° 2* » CNTERHI, 2001

CODE DU TRAVAIL, « Codes TISSOT », édition permanente

CODE DE LA SECURITE SOCIALE, « Codes TISSOT », édition permanente

COUR DES COMPTES – « *La politique en faveur des handicapés adultes* », 1982

EBERSHOLD S « *La notion de handicap : de l'inadaptation à l'exclusion* », regards sociologiques, 1999

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION, promotion Jean Monnet, questions sociales, thème 1 « *Faut-il remplacer les COTOREP ?* » session du 3 au 15 avril 1989

EBCYCLOPEDIE UNIVERSALIS consultable sur <http://www.universalis-cfl.fr>

DREES « *Etudes et résultats* », N° 16, mai 1999

DURKEIM « *Le suicide* », 1897, in « Dictionnaire de sociologie », Larousse, 1997

FORGUES Pierre, BONREPAUX Augustin, DELALANDE Jean-Pierre, MIGAUD Didier (rapporteur général) « *L'indispensable réforme des COTOREP* », Mission d'évaluation et de contrôle de la Commission des Finances de l'Assemblée Nationale, Rapport N° 2542/2000, Documents d'information de l'Assemblée Nationale, N° 52/2000

GILLES Marie-Odile, LEGROS Michel « *Politiques sociales, l'épreuve de la pauvreté* », enquête approfondie sur 754 personnes en situation de pauvreté, Paris, CERC, 1995

GOFFMAN Erving « *Stigmates, les usages sociaux des handicaps* », Les éditions de Minuit, PARIS, 1975, 170 pages

GORZ A « *Revenu minimum et citoyenneté : droit au travail versus droit au revenu* » in « Futuribles », N° 184, 1994, p 49

INSERM (rapport) « *Réduire les handicaps* » Editions INSERM, PARIS, 1984

JAEGER Marcel et MONCEAU Madeleine « *La gestion sociale des situations d'exclusion de l'emploi, étude comparative sur plusieurs départements* » Rapport de la MIRE, convention N° 283-87, 1990

JODELET Denise « *Les représentations sociales* » PARIS, PUF, 1989

JODELET Denise « *Folies et représentations sociales* » PARIS, PUF, 1989

LAFORE Robert « *L'allocation universelle, une fausse bonne idée* », in « *Droit social* », N° 7, 8 juillet 2000, pp 686 à 692

LASRY Claude et GAGNEUX Michel « *Bilan de la politique en direction des personnes handicapées* », Rapport au Ministre de la Solidarité Nationale, La Documentation Française, PARIS, 1983, Collection des rapports officiels, 340 pages

LENOIR René « *Les exclus, un français sur dix* », Editions du Seuil, PARIS, 1974, 157 pages

LUBEK Pierre et alii, « *Rapport d'enquête sur l'allocation aux adultes handicapés* », Inspections générales des finances et des affaires sociales, juin 1998

MARZOUKI Moncef « *Handicap : les limites du concept sont-elles encore négociables ?* » in *Revue Prévenir* N° 39, 2^{ème} semestre 2000 pp 22 à 25

MAUDINET Marc « *L'Europe sociale. Les politiques du handicap : égalité des chances et non-discrimination* » in *Echanges Santé Social* N° 97-98, mars-juin 2000, pp 69-73

MEDA Dominique « *Travail, une valeur en voie de disparition* » Paris, Aubier-Montaigne mars 1995

MORVAN JS « *Représentation des situations de handicaps et d'inadaptations* », PARIS, CTNERHI, diffusion par PUF, 1988

PERRET Bernard « *la notion de travail* » in *Revue Projet*, N° 236, hiver 1993-1994

POUPON Marie-Thérèse – « *Le potentiel productif des personnes handicapées : conditions sociales et technologiques de sa valorisation* », Conseil économique et social, juin 1992

QUEIROZ Jean-Manuel et VATIN François , textes réunis, « *Le renouveau de la question sociale – Etat et acteurs sociaux face aux nouvelles formes d'emploi, de chômage et de pauvreté* », Presses universitaires de Rennes 2, 1991

RAPPORT AU PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE « *Les politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes* », Rapport au Président de la république, Cour des comptes, PARIS, Direction des journaux Officiels, Novembre 1993, 299 pages

REMOND Bruno, « *L'accès à la formation professionnelle des travailleurs handicapés* », La Documentation Française, Novembre 1990

ROUSSEL Pascale « *La notion d'activité dans la CIH2* » in Bulletin d'information du CREAL Bourgogne N° 185, septembre 1999, pp 8 à 15

ROUSSEL Pascale et VELCHE Dominique « *Minimum social avec ou sans handicap : existe-t-il une frontière nette et étanche ?* » in Revue Française des affaires sociales, N° 1, mars 1998, 52^{ème} année

ROUSSEL Pascale et VELCHE Dominique « *Les ressources minimales dans les domaines du handicap et de l'inadaptation, connaissances des titulaires et de leurs conditions de vie* », CNTERHI, 1995

ROUSSEL Pascale, VELCHE Dominique « *AAH et pension d'invalidité : conditions d'attribution et caractéristiques des bénéficiaires* », CNTERHI, 1995

ROUSSEL Pascale, VELCHE Dominique « *Enquête sur les bénéficiaires de l'AAH 35-2* », CNTERHI, 2000

SCHNAPPER Dominique « *L'épreuve du chômage* », Editions GALLIMARD (collections idées), PARIS, 1981

SCHNAPPER Dominique, « *Exclusions au cœur de la cité* », Anthropos , Janvier 2001

STICKER Jacques « *Corps infirmes et sociétés* » Aubier Montaigne, PARIS, 1982, 248 pages

STICKER Jacques « *chantier de réforme de la loi de 1975* », à lire sur le site du ministère www.social.gouv.fr/htm/pointsur/handicap

TCHERNIA Jean-François « *l'évolution des valeurs des européens* » in Futuribles N° 200 (N° spécial) analyse et prospective, juillet-août 1995

VAN PARIJS V Ph « *De la trappe au socle, l'allocation universelle contre le chômage* » in « La revue du MAUSS », N° 7, 1996, p 90

WALTISPERGER Dominique – Ministère des affaires sociales et de l'emploi (SESI) in « *solidarité santé* » *Etudes statistiques*, N° 5, 1987 (septembre octobre)

ZRIBI Gérard – POUPEE-FONTAINE D, « *Dictionnaire du handicap* », éditions ENSP, 2000