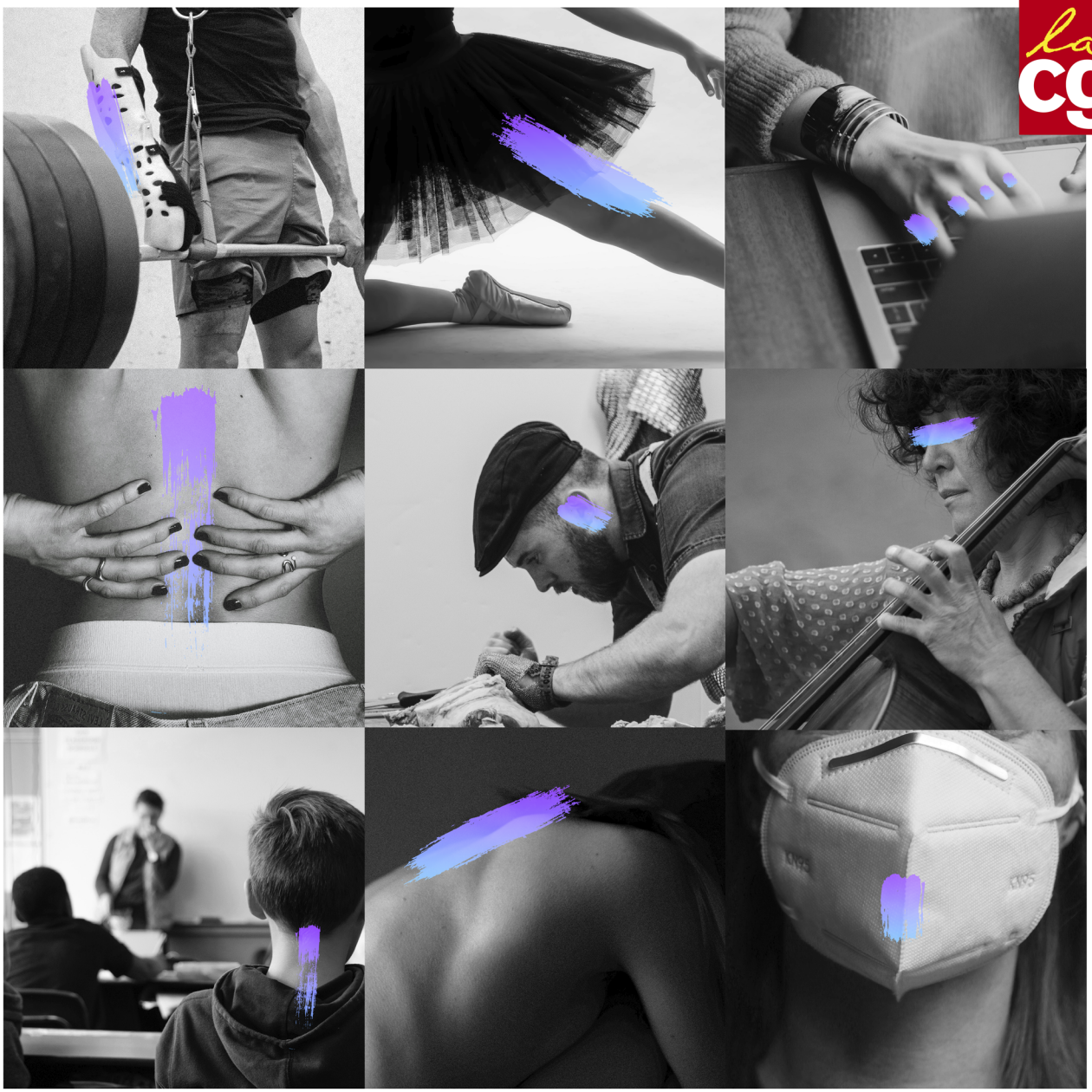


LE HANDICAP EST UN COMBAT SYNDICAL

GLOS SAI RE

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AT/MP : Accident du Travail / Maladie Professionnelle

AESH : Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap

AJPA : Allocation Journalière de Proche Aidant

AJPP : Allocation Journalière de Présence Parentale

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

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CASA : Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie

CAT : Centres d'aide par le travail

CDAPH : Commission des Droits de l'Autonomie des Personnes Handicapés

CMI : Carte Mobilité Inclusion

CNAF : Caisse Nationale des Allocations Familiales

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CSA : Contribution de Solidarité pour l'Autonomie

CSE : Comité Social et Economique

CSG : Contribution Sociale Généralisée

DREETS : Directions Régionales de l›Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités

ESAT : Etablissement et Services d'Aide par le Travail

ETP : Equivalent Temps plein

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

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

NAO : Négociation Annuelle Obligatoire

OETH : Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

Mars 2026
Production : la CGT

SOMMAIRE

INTRODUCTION : LE HANDICAP EST UN COMBAT SYNDICAL 4

Le handicap est politique 5

La CGT et le handicap, un combat des premiers instants 5

LA DOUBLE BESOGNE 6

Travailler dans le milieu ordinaire : l'épreuve de la discrimination et de l'adaptation 6

Travailler dans le milieu protégé l'exploitation des travailleur·ses des Esat 8

FORMATION ET ACCÈS À L'EMPLOI 10

Pourquoi la question du handicap et de la formation se pose ? 11

RETRAITE ET HANDICAP : LE BOUT DU ROULEAU 15

PRESTATION ET OUVERTURE DE DROITS : MÉDECINE DU TRAVAIL ET MDPH 19

La médecine du travail : problème d'indépendance et cadre patronal 20

MDPH : dossiers partout, moyens nulle part 21

LES AIDANT·ES ET ACCOMPAGNANT·ES, L'ARMÉE DE L'OMBRE DU HANDICAP ET DE L'AUTONOMIE 23

Les aidant·es et accompagnant·es, l'armée de l'ombre du handicap et de l'autonomie 24

Qui sont les accompangnant·es ? 24

Quels besoins pour quelles revendications ? 25

LA 5E BRANCHE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : L'AUTONOMIE RABAIS 27

Une branche à part dans la Sécurité sociale 28

LES REVENDICATIONS DE LA CGT 30

L'égalité d'accès aux droits et le droit effectif à la non-discrimination 31

Une véritable prise en compte de la pénibilité et de l'adaptation du travail à la personne 31

Une Sécurité sociale adaptée et qui réponde aux besoins 31

Aller vers de nouveaux droits 31

INTRODUCTION

LE HANDICAP EST UN COMBAT SYNDICAL

Le handicap est politique

« Il détermine et structure les chances sociales des individus. Dans l'accès au logement, à l'emploi, à l'éducation, à la culture, les discriminations subies par les personnes concernées mettent en question les limites des politiques publiques. »[1]

En France, la relégation des questions de handicap aux structures médico-social, aux associations et aux réglementations a produit une dépolitisation du vécu, des difficultés et des freins rencontrés par les personnes en situation de handicap. Si ce vécu peut, de ce fait, apparaître comme une épreuve individuelle, **la CGT s'inscrit dans une démarche politique, revendicatrice et surtout collective du handicap.**

CETTE DIMENSION COLLECTIVE DU HANDICAP PERMET PLUSIEURS CHOSES :

- **de lier le handicap et ses luttes dans l'ensemble des revendications et des combats intersectionnel·les** (santé au travail, égalité femmes-hommes, chômage, précarité, etc.), les luttes ne se hiérarchisant pas mais se renforçant en se complétant ;
- d'inscrire le vécu de la personne en situation de handicap non pas dans une expérience individuelle et isolante, mais bien dans un réseau de ressources, de possibilités structurées politiquement, **de conquêtes sociales présentes et futures** ;
- de ramener le handicap dans le combat syndical, dans l'entreprise, dans la lutte des classes et dans **la primauté du ou de la travailleur·se sur son travail**, à contre-courant des exigences du capital.

Que ce soit par les référent·es handicap, les accords d'entreprise, les CSE, les délégué·es syndicaux·les ainsi que par l'ensemble du travail de terrain, la CGT est au plus près des travailleur·ses handicapé·es, aussi bien dans les entreprises que dans les rapports de force, dans l'accompagnement, dans les revendications**.**

Que l'on soit concerné·e ou pas, le handicap est l'affaire de tou·tes, tant dans l'accès et le maintien à l'emploi que dans la conception d'un travail de qualité, sain et adapté.

La CGT revendique donc la juste place des travailleur·ses handicapé·es dans l'accès à l'emploi, à la vie collective et à la dignité. Que ce soit en portant l'obligation d'emploi des travailleur·ses handicapé·es en entreprise de 6 % à 10 %, par l'interdiction des licenciements pour inaptitude, par la revalorisation des allocations et prestations dues, d'une formation initiale et continue ouverte et accessible et enfin par une politique ambitieuse de prévention de l'ensemble des pénibilités au travail, d'une politique de maintien dans l'emploi et de fins de carrière via les retraites anticipées.

La CGT et le handicap, un combat des premiers instants

C'est par la santé des travailleur·ses et des conditions de travail que la CGT s'est portée aux devants de la cause du handicap et de la maladie. Dès la fin du XIXe siècle, les premières décennies d'existences de la CGT sont marquées par deux événements majeurs :

PREMIÈREMENT, **les premières grandes luttes pour la santé des travailleur·ses, marquées par la loi du 9 avril 1898 sur la réparation des accidents de travail**. La loi permettant de mettre en cause l'employeur·se sur les préjudices subis par les travailleur·ses, **la CGT s'organise donc via les Bourses du travail pour accompagner juridiquement les victimes, organiser collectivement les luttes et dénoncer les mauvaises conditions de travail**. En témoigne l'épisode de la « guerre au blanc de céruse », un élément de la peinture au plomb et responsable de saturnisme chez les peintres en bâtiment. Sous l'impulsion d'Abel Craissac, militant et responsable CGT, sensible aux questions d'hygiènes, les syndicats de peintres se mobilisèrent autour de cette question vitale pour les travailleur·ses. En 1906, entre 5 000 et 10 000 peintres se sont mis·es en grève à Paris, aboutissant au vote d'une loi interdisant l'usage du blanc de céruse en 1909[2].

Ce genre d'évènement reste cependant exceptionnel dans les débuts de l'histoire de la CGT, où la santé et les conditions de travail pouvaient être relayées au second plan des grandes mobilisations pour l'emploi ou les salaires. Pour autant, **ces luttes et figures précurseures sont les prémices de ce qui deviendra la position de la CGT et ses futures revendications[3].**

DEUXIÈMEMENT, la Première Guerre mondiale et ses conséquences : plus d'un million d'invalides permanent·es, 56 000 amputé·es et 10 000 à 15 000 « *gueules cassées* ». Autant de réadaptation et de reclassements sont nécessaires pour permettre aux anciens combattants de retourner à leurs postes d'avant-guerre. **La CGT sera alors à l'appui de la création de la Fédération des mutilé·es et invalides du travail**, sous l'impulsion de militant·es tel·les qu'Henri Christine, premier secrétaire de l'organisation et originellement ouvrier terrassier, trésorier de son syndicat CGT et aveugle à la suite d'un accident du travail. La fédération aura un grand impact dans les luttes ouvrières et restera la principale représentante des gueules cassées.[4]

1. Baudot Pierre-Yves et Fillion Emmanuelle (dir). *Le handicap cause politique*, PUF, 2021.
2. https://maitron.fr/spip.php?article79488, notice CRAISSAC Abel par Bernard Régaudiat, version mise en ligne le 30 mai 2020, dernière modification le 31 mars 2022
3. Rainhorn Judith. « Le mouvement ouvrier contre la peinture au plomb. Stratégie syndicale, expérience locale et transgression du discours dominant au début du XXe siècle », *Politix*, vol. 91, nº. 3, 2010, pp. 7-26.
4. https://theconversation.com/apres-la-grande-guerre-le-combat-des-mutiles-du-travail-88611

TRAVAIL ET HANDICAP : LA DOUBLE BESOGNE

Il y a « deux » marchés du travail pour la ou le travailleur·se handicapé·e, l'un dit « ordinaire » et l'autre « protégé ». Les travailleur·ses handicapé·es en milieu ordinaire bénéficient d'un statut de salarié·es à part entière : elles et ils sont protégé·es par le Code du travail et les conventions collectives, elles et ils peuvent se syndiquer, etc. Le milieu protégé concerne les travailleur·ses handicapé·es en établissements et services d'aide par le travail (Esat), des établissements garantissant leurs postes à des travailleur·ses reconnu·es comme handicapé·es. Ces dernier·es ne sont pas salarié·es mais bien considéré·es comme des « usager·es du secteur médico-social », elles et ils dépendent de ce fait du Code de l'action sociale.

Travailler dans le milieu ordinaire : l'épreuve de la discrimination et de l'adaptation

CAPITALISME ET HANDICAP, LE MARIAGE IMPOSSIBLE

Le handicap et l'état de santé représentent le premier motif de discrimination, selon la Défenseuse des droits[5].
Cet état de fait se constate dans l'accès à l'emploi des travailleur·ses handicapé·es : 32 % d'entre elles et eux sont embauché·es à temps partiel *(contre 17 % pour le tout-public)*, avec un taux de chômage de 14 % *(contre 8 % pour l'ensemble des actif·ves)*, et 60 % des demandeur·ses d'emploi handicapé·es sont en chômage de longue durée en *2022 (contre 55 % en 2021)*. La discrimination n'est évidemment pas le seul frein que rencontre les travailleur·ses handicapé·es.
Les normes et valeurs structurant le monde du travail moderne, tout comme les conjonctures économiques de ces dernières décennies, sont aussi en fautes. Si le management moderne, l'intensification du travail, le chômage de masse et la compétition entre salarié·es sont autant d'éléments pénalisant les travailleur·ses, ils s'aggravent dans une situation de handicap.
Les travailleur·ses handicapé·es sont encore trop souvent considéré·es comme « de mauvais éléments », moins productifs aux yeux du patronat, bref : une gêne, une contrainte. La faute à un monde du travail de plus en plus axé sur la compétition entre

5. https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/outils/les-discriminations-liees-au-handicap-et-a-letat-de-sante

travailleur·ses, où il est encore et toujours demandé à l'humain·e de s'adapter au travail et non l'inverse.

La loi du 10 juillet 1987[6] est censée compenser ces difficultés. *Censée*, car les objectifs n'ont jamais été atteints. **La loi du 10 juillet 1987 instaure l'obligation d'emploi de travailleur·ses handicapé·es à hauteur d'au moins 6 % des effectifs totaux de l'entreprise** (pour les établissements d'au moins 20 salarié·es). Les 6 %, mesure nécessaire pour lutter contre l'exclusion envers l'emploi des travailleur·ses handicapé·es, sont bien loin d'être atteints. L'obligation d'emploi dépasse aujourd'hui péniblement les 3,5 % (*équivalent temps pleins, chiffre Agefiph*). Si certaines entreprises arrivent sans mal à intégrer dans leurs effectifs les travailleur·ses handicapé·es, d'autres restent désespérément hermétiques à ces mesures.

L'OBLIGATION DES 6 % EN ENTREPRISE

Les entreprises de plus de 20 salarié·es sont donc dans l'obligation d'embaucher des travailleur·ses reconnu·es comme handicapé·es, à hauteur de 6 % de leurs effectifs.

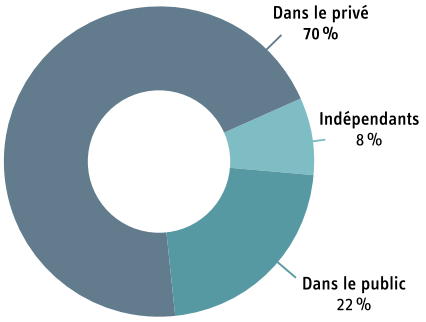
En 2020, la France compte 2,7 millions de personnes ayant une reconnaissance administrative d'un handicap, soit 6,5 % de l'ensemble de la population totale des 15-64 ans et 9,09 % de l'ensemble de la population active. Si cette mesure était réellement appliquée, plus d'un million de travailleur·ses handicapé.es pourraient être en emploi dans le secteur privé. Cependant, du fait des exonérations et des allégements possibles, cette obligation d'emploi des travailleur·ses handicapé·es (*OETH*) n'est pas respectée. Premièrement, cette obligation ne s'applique qu'aux entreprises de 20 salarié·es ou plus. De plus, certains postes ne sont pas concernés par cette obligation, ce sont les emplois dits « exigeant des conditions d'aptitude particulières » (Ecap, qui représentent 1,14 million d'emplois en 2020). De plus, l'emploi des sénior·es handicapé·es compte comme 1,5 fois un emploi (dans le but d'inciter à l'embauche de travailleur·ses handicapé·es senior·es). Mises bout à bout, ces exonérations viennent tronquer la loi de 1987. En effet, si les 6 % s'appliquaient à toute la base salariale sans distinction, alors l'obligation forcerait, comme énoncé précédemment, l'emploi d'un million de travailleur·ses handicapé·es pour respecter les 6 % totaux. **Avec ces exonérations, seul·es 570 000 travailleur·ses handicapé·es sont exigé·es par l'obligation, soit 4,6 % de l'ensemble des salarié·es des entreprises de 20 salarié·es ou plus**, moins que la part des travailleur·ses handicapé·es (6,5 % de l'ensemble des personnes en âge de travailler en 2020)[7].

Pour lutter contre ces exonérations et cette fuite de responsabilité des employeur·ses, le syndicalisme a un rôle à jouer via les négociations annuelles obligatoires (NAO) dont le handicap est un des thèmes (articles L. 2242-1 et 2242-5 et L. 2232-21 à L. 2232-25-1 du Code du travail).

Les accords handicap en entreprise peuvent être un moyen pour l'employeur·se d'échapper à la sanction du manquement des 6 %. En effet, si un·e employeur·se n'atteint pas l'obligation des 6 %, elle ou il peut choisir d'inscrire un ensemble de plans pluriannuels, de mesures et de projets en faveur de l'emploi des travailleur·ses handicapé·es dans ces accords. **Pour que l'exonération soit effective, l'accord doit alors être nécessairement certifié**, par le ministère chargé de l'Emploi si c'est un accord de branche, par la ou le préfet·e ou par la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Dreets) si c'est un accord de groupe, d'entreprise ou d'établissement[8].

La vigilance est de mise quant à ces accords et à leurs agréments : il peut être facile de détourner l'obligation par ces derniers, de temporiser par des annonces ou d'échapper à la sanction par des accords creux. Pour lutter contre cela, il faut sans cesse exiger des accords chiffrés, avec des budgets précis alloués, des commissions ou des groupes d'évaluation réguliers surveillant ces mesures, des chiffres et des états des lieux et en revendiquant des droits allant plus loin que le strict minimum (pour les proches aidant·es par exemple). Le tout pour permettre aux accords d'être consistants et pertinents. Bref, établir un rapport de force en profitant du cadre réglementaire des NAO.

Répartition des personnes bénéficiaires d'une reconnaissance administrative du handicap par secteur



Source : INSEE, Enquête emploi 2015; traitement DARES.

118 480

C'est le nombre de places installées dans les 1 500 établissements et services d'aide par le travail (ESAT), en France au 31 décembre 2020.
Source : Finess, 31/12/2020.

FIGURE 1: Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2021, CNSA

6. Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.
7. « Quelle est la cible visée par l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés ». *Dares analyses*, n° 23. mai 2022.
8. https://travail-emploi.gouv.fr/demarches-ressources-documentaires/documentation-et-publications-officielles/guides/article/guide-pratique-les-accords-agrees-en-faveur-de-l-emploi-des-travailleurs

FOCUS : AGEFIPH ET FIPHFP

Créée à la suite de la loi du 10 juillet 1987, l'Association de gestion du fond pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph) est un organisme paritaire gérant les contributions financières versées par les entreprises ne respectant pas l'obligation des 6 % pour promouvoir et accompagner l'insertion des travailleur·ses handicapé·es (ce budget était 467 millions d'euros en 2018 et de 553,4 millions d'euros en 2021)*.
Dans sa mission, l'Agefiph propose plusieurs aides et services : l'organisme peut allouer des fonds de compensation du handicap (mise en place de matériel, de service pour le travailleur·se) ou de formations, financer des projets de reconversion, de création d'entreprise, sensibiliser/former les acteur·ices internes de l'entreprise, etc. le tout avec les fonds qui lui sont donc attribués. L'Agefiph accompagne les entreprises et les travailleur·ses du secteur privé. Il existe l'équivalent de l'Agefiph pour le secteur public : le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP). Le FIPHFP, créé en 2006, reçoit ses fonds des contributions des employeurs publics ne respectant pas eux aussi les 6 % et finance par ce biais, comme l'Agefiph, l'insertion et le maintien dans l'emploi des travailleur·ses handicapé·es du secteur public. Pour l'année 2022, la FIPHFP a prévu un budget de 120 millions d'euros.

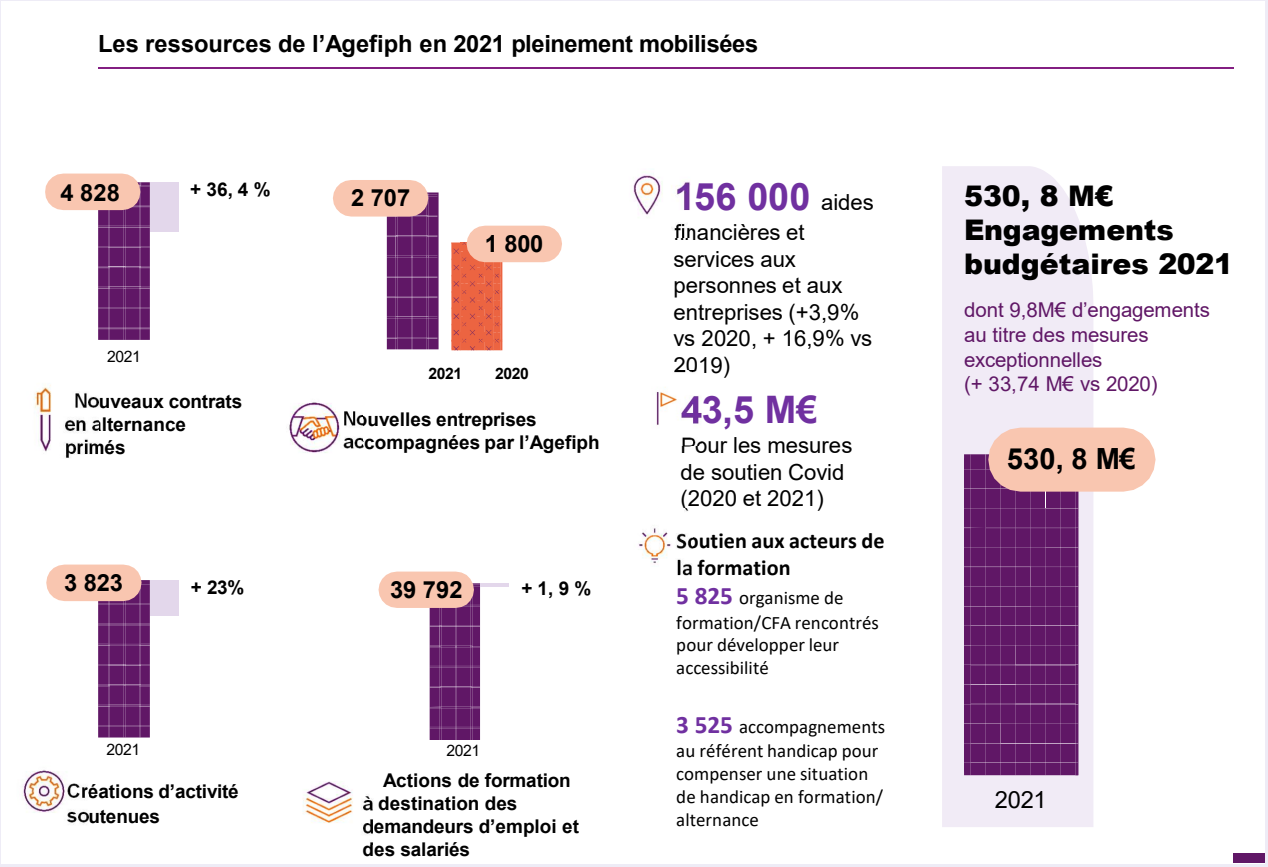


FIGURE 2 : Rapport d'activité Agefiph 2021

* https://www.agefiph.fr/espace-presse/tous-les-documents-presse/rapport-dactivite-2021-le-bilan-et-les-ambitions-de

Travailler dans le milieu protégé l'exploitation des travailleur·ses des Esat

Mutation des CAT (*centres d'aide par le travail*), les établissements et services d'aide par le travail (*Esat*) sont des établissements médico-sociaux, relevant du Code de l'action sociale et des familles. Ces établissements visent l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap par deux missions principales : **fournir un travail adapté et accompagner le développement de l'autonomie sociale des travailleur·ses handicapé·es**.
Pour bénéficier des services des Esat, on peut être travailleur·se handicapé·e reconnu·e par la maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH), avoir une capacité de travail affectée par un état de santé particulier, présenter des difficultés d'adaptation au milieu ordinaire de travail, avoir besoin de soutien médical ou socio-éducatif, etc.
Il est nécessaire de comprendre une

chose : **bien que les travailleur·ses handicapé·es d'Esat occupent un poste, elles et ils ne sont pas pour autant considéré·es comme des employé·es ou des salarié·es**. Les Esat sont reconnus comme des établissements médico-sociaux, alors même que ces derniers réalisent des chiffres d'affaires parfois importants, emploient de nombreux·ses travailleur·ses handicapé·es et peuvent finir par ressembler à de véritables entreprises de taille moyenne. De ce fait, les travailleur·ses handicapé·es des Esat ne sont pas protégé·es par le Code du travail, ce qui a un effet :

- **SUR LA RÉMUNÉRATION,** les travailleur·ses handicapé·es d'Esat n'ont pas de salaires mais une rémunération garantie allant de 55 % à 110 % du Smic. Sachant que les travailleur·ses des Esat bénéficient généralement de l'allocation adulte handicapé·e (*AAH, d'un montant plafonné à 903,60 euros pour une personne sans enfant en 2021*), les employeur·ses d'Esat se permettent bien souvent d'économiser la rémunération due aux travailleur·ses handicap·es, sous couvert de compensation via le cumul avec l'AAH ;

La rémunération garantie de l'Esat et l'AAH peuvent se cumuler, mais l'une fait baisser le montant de l'autre. Le calcul de l'AAH prend en compte les revenus de la personne et donc cette rémunération garantie. Si la ou le travailleur·se handicapé·e d'Esat perçoit une rémunération au niveau du Smic à 100 %, alors son AAH sera de zéro. Inversement, un employeur d'Esat peut décider de baisser la rémunération garantie, ce qui fera automatiquement augmenter la part perçue de l'AAH. **Le résultat de ces deux cas de figure est le maintien des travailleur·ses des Esat dans une précarité financière***.

* Pour plus d'exemples de ces cas de figure, voir le livre enquête de Thibault Petit, Handicap à vendre, aux éditions Les Arènes, 2022

- **SUR LEURS DROITS,** syndicaux ou individuels. En effet, les travailleur·ses des Esat ne peuvent pas, par exemple, se syndiquer. Plus précisément : les travailleur·ses d'Esat peuvent se syndiquer mais à titre personnel. Aucune section syndicale des travailleur·ses handicapé·es ne peut se créer dans un Esat. Cela a un impact sur la protection individuelle et collective des travailleur·ses handicapé·es, notamment sur les violences institutionnelles, les cas de harcèlement, les conditions de travail ou toutes revendications autres. **Coupé·e du Code du travail et des collectifs de travail, la ou le travailleur·se en Esat est réduit·e à travailler pour une rémunération faible avec des conditions de travail généralement déplorables, dans des métiers peu valorisés,** etc. Le tout créant le paradoxe, très lucratif pour l'État et les employeur·ses, d'une **spirale de dépendance et d'enfermement des travailleur·ses handicapé·es dans une institution censée permettre l'autonomie** et la sortie du milieu protégé. Ainsi, en 2014, **sur les 99 250 personnes employées en Esat, seules 280 obtenaient un emploi en milieu ordinaire, faute de réel accompagnement ou de valorisation de l'expérience, de formations, de qualifications etc.**

Comparaison des personnes employées en Esat en 2014 et des personnes sorties d'Esat en 2014, en fonction du type de handicap

	Personnes employées en ESAT	Personnes sorties pour le milieu ordinaire (emploi et demande d'emploi)	Personnes sorties pour un emploi en milieu ordinaire	Personnes sorties pour devenir demandeur·ses d'emploi en milieu ordinaire
Handicap intellectuel	69 %	44 %	59 %	19 %
Handicap psychique	23 %	32 %	26 %	41 %
Handicap moteur (1)	3 %	3 %	3 %	4 %
Handicap sensoriel (2)	2 %	1 %	1 %	1 %
Autres handicaps (3)	4 %	20 %	10 %	35 %
Nombre de personnes	99250	280	170	110

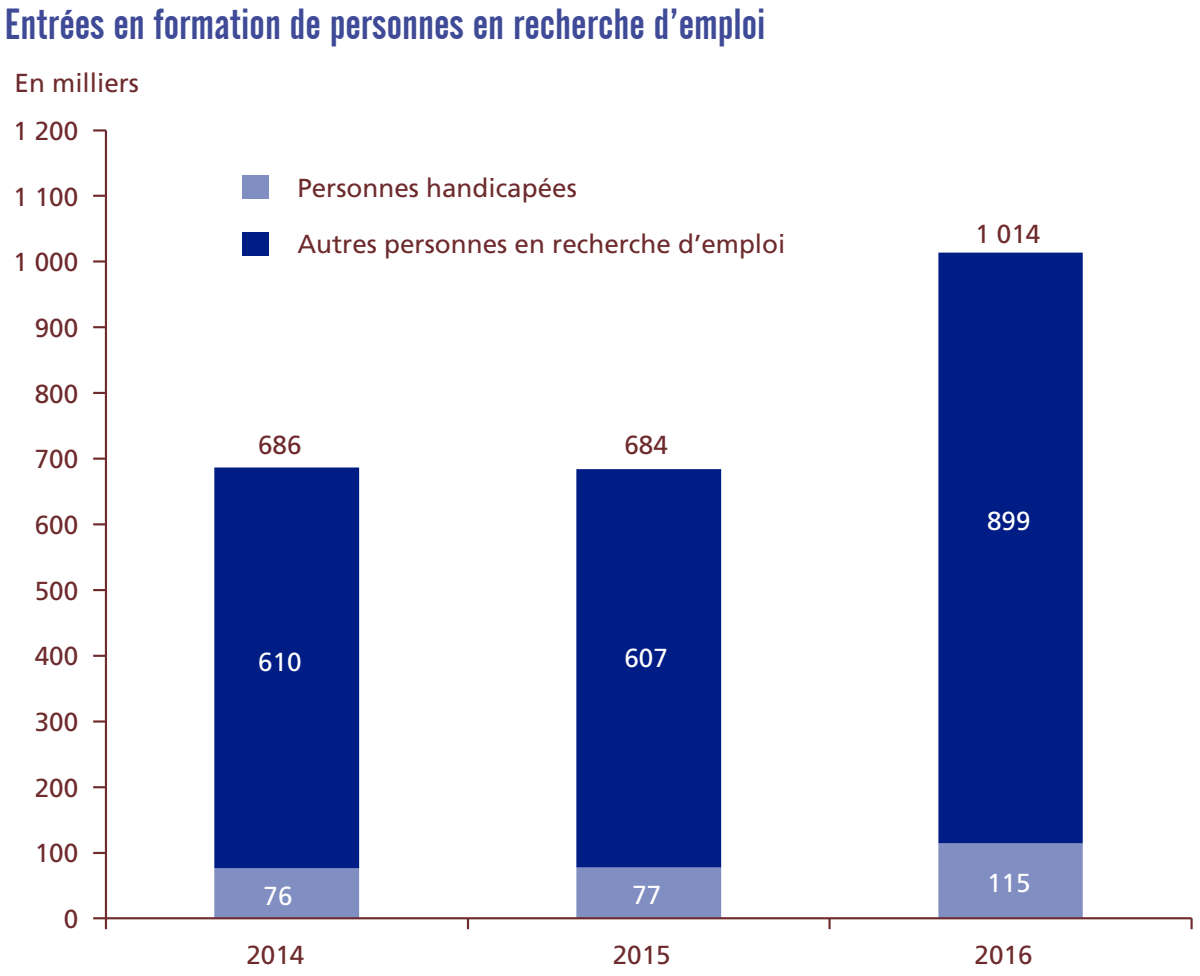
(1) : Cette catégorie comprend les personnes ayant une déficience motrice, ou l'absence complète ou incomplète d'une partie ou de la totalité d'un membre.
(2) : Cette catégorie regroupe les personnes ayant une déficience visuelle ou auditive.
(3) : Cette catégorie regroupe les personnes pluri ou polyhandicapées, les personnes ayant des troubles de la parole et du langage (dysphasie, autres), des déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles ou d'autres déficiences non désignées par ailleurs.
Lecture : En France, en 2014, 44 % des personnes handicapées sorties d'ESAT pour le milieu ordinaire de travail avaient un handicap intellectuel.
Source : Enquête ES Handicap 2014.

Figure 3 : Boudinet Mathéa. « Sortir d'Esat ? Les travailleur·ses handicapé·es en milieu protégé face à l'insertion en milieu ordinaire de travail », *Formation emploi*, vol. 154, nº 2, 2021, pp. 137-156.

FORMATION ET ACCÈS À L'EMPLOI

Pourquoi la question du handicap et de la formation se pose ?

En 2016, on comptait près de 1 014 000 personnes en recherche d'emploi démarrant une formation professionnelle, dont 114 600 en situation de handicap – soit un·e étudiant·e formé·e sur dix. Ce chiffre est en évolution constante ces dernières années :



Lecture : en 2016, le nombre d'entrées en formation des personnes handicapées en recherche d'emploi est de 114 600 et le nombre total d'entrées en formation atteint 1 014 000.

Champ: personnes en recherche d'emploi ayant débuté un stage en cours d'année ; France.

Source: Afpa (Agence nationale pour la formation professionnelle des adultes), ASP (Agence de service et de paiement), Pôle emploi, régions Auvergne, Bretagne, Guyane, Haute-Normandie, Martinique, Pays de Loire, Picardie et Poitou-Charentes; traitement Dares (Brest).

FIGURE 4 : La formation professionnelle des personnes handicapées entre 2014 et 2016. DARES résultats février 2019, n° 010.

POUR RAPPEL : Article L. 6314-1 du Code du Travail :
« Tout travailleur engagé dans la vie active ou toute personne qui s'y engage a droit à la qualification professionnelle et doit pouvoir suivre, à son initiative, une formation lui permettant, quel que soit son statut, de progresser au cours de sa vie professionnelle d'au moins un niveau en acquérant une qualification correspondant aux besoins de l'économie prévisibles à court ou moyen terme [...] *»*

Cette augmentation se fait aussi ressentir dans l'enseignement secondaire. **En 2012, sur 306 200 contrats d'apprentissage, 1 700 concernaient des personnes en situation de handicap. En 2016, le nombre de contrats d'apprentissage a baissé (275 400 contrats), contrairement au nombre de personnes en situation de handicap qui en bénéficient (3 400 contrats)**. 35 % de ces dernières avaient moins de 18 ans. De plus, si l'on se réfère aux bénéficiaires du dispositif Ulis (*unités*

localisées pour l'inclusion scolaire), **le nombre d'élèves en situation de handicap augmente également de manière constante**. Si, dans l'enseignement secondaire, 17 200 élèves bénéficiaient du dispositif en 2012, **ils sont plus de 183 000 pour l'année 2020-2021.** Des futures générations d'élèves en situation de handicap qu'il faudra, à terme, pouvoir accueillir en formation supérieure dans les meilleures conditions.

Les personnes en situation de handicap sont plus vulnérables au chômage que l'ensemble de la population (*le taux de chômage est de 14 % pour les personnes handicapées, contre 8 % pour l'ensemble de la population*). Parmi les raisons avancées pour expliquer cet écart, la discrimination est évidemment relevée. Cependant, les inégalités de formation ne sont pas à négliger. On le sait en France, **le diplôme est un facteur d'intégration à l'emploi**. En 2020, 10,5 % des personnes actives ayant un diplôme de niveau bac + 2 ou plus et ayant achevé leur formation initiale depuis un à quatre ans sont au chômage, contre 47,7 % pour celles n'ayant aucun diplôme (*Insee, enquête Emploi*).

RÉPARTITION DES DEMANDEURS D'EMPLOI PAR NIVEAU DE DIPLÔME ET QUALIFICATION

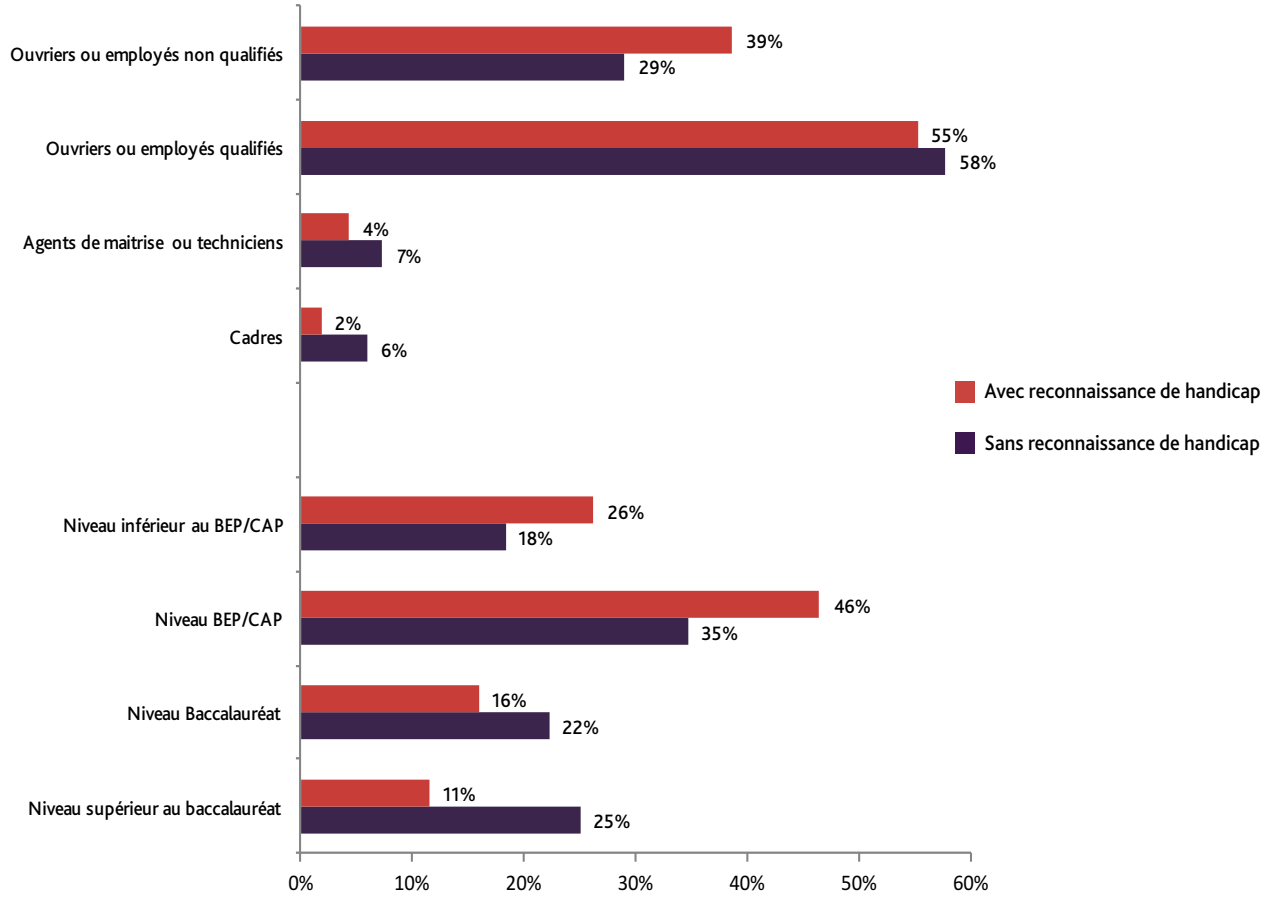


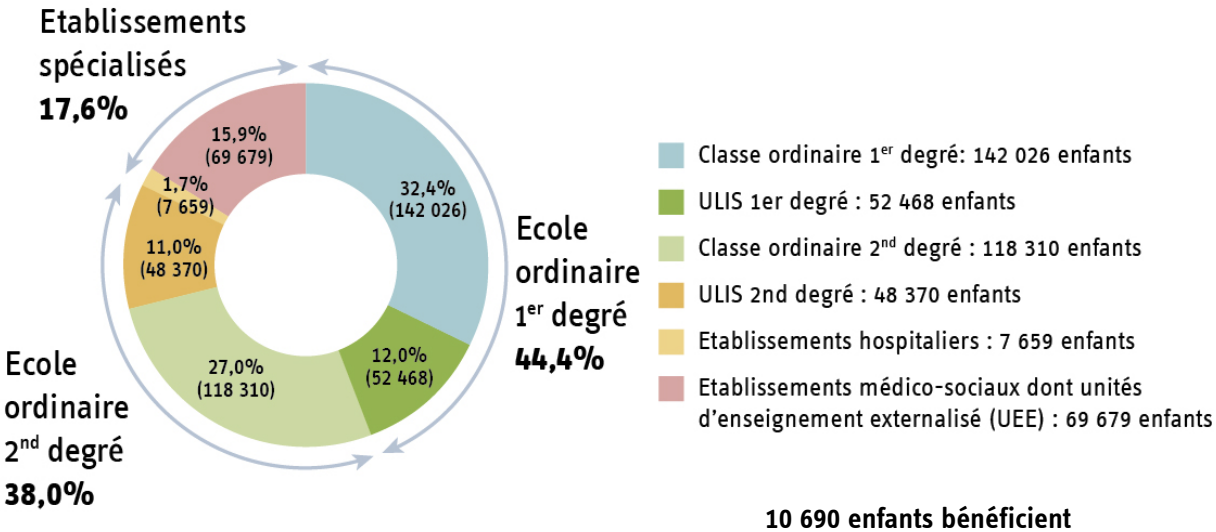
FIGURE 5 : « Éclairages et synthèses les demandeurs d'emploi en situation de handicap : un accompagnement renforcé pour une population éloignée de l'emploi », *Statistiques, études et évaluations*, n° 37, novembre 2017, Pôle emploi.

Si l'accès à la formation initiale est l'enjeu des luttes tant dans l'Éducation nationale que chez les professions d'accompagnement (*comme les AESH*) , en lien avec la question des moyens financiers mis en avant, la formation continue (*apprentissage, formation*) reste quant à elle liée aux entreprises, et donc aux syndicats. C'est d'ailleurs **un des éléments possibles de négociation des accords Handicap** : revendiquer un certain nombre d'apprenti·es, de stagiaires reconnu·es handicapé·es avec, par exemple, la mise en place de filières et/ou programmes dédié·es dans l'entreprise.

Les travailleur·ses handicapé·es pâtissent du rapport de force entre qualifications et diplômes d'une part et compétences et *« soft skills »* (aberration du management moderne) d'autre part. Les travailleur·ses handicapé·es sont ainsi directement victimes de la disparition de la qualification au profit de la compétence (une transformation favorable aux intérêts patronaux). **Respecter la qualification, c'est disposer d'un levier contre la discrimination à l'emploi et c'est assurer un moyen de protection contre le chômage** (le diplôme étant un puissant outil d'insertion dans le marché de l'emploi, comme vu précédemment).

Permettre un meilleur accès à la formation aux personnes en situation de handicap, c'est déjà agir pour l'insertion dans l'emploi et permet d'avoir un levier contre la précarisation d'un vécu déjà pénalisant. Le tout aboutissant à œuvrer pour une société plus ouverte.

Scolarisation des élèves handicapés en 2019-2020



10 690 enfants bénéficient d'une scolarité partagée entre un établissement spécialisé et une école ordinaire.

Source de l'ensemble des données de cette page : Rapport de la DEPP RERS, 2020.

FIGURE 6 : « Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2021 », CNSA.

FOCUS AAH ET PCH

L'allocation adulte handicapé·e (AAH) **est le deuxième minimum sociale en nombre de bénéficiaires**, après le revenu de solidarité active (RSA). Fin 2020, plus de 1,24 million de personnes en bénéficiaient.

L'allocation est attribuée selon des critères médicaux et sociaux, évalués par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), commission interne à chaque maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Pour bénéficier de l'AAH, il faut que la commission reconnaisse à l'ayant droit un taux d'incapacité d'au moins 80 % ou compris entre 50 % et 79 % assorti d'une *restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi* (lorsque la personne rencontre des difficultés importantes d'accès à l'emploi non compensables par un aménagement de poste). Bien que sous condition de validation des MDPH, l'AAH est versée par les caisses d'allocations familiales (CAF).

Politiquement, **l'AAH revient régulièrement dans le débat public sous l'angle de la revendication de sa déconjugalisation** : en effet, le calcul de l'AAH se fait selon les revenus totaux du ménage et non pas que sur

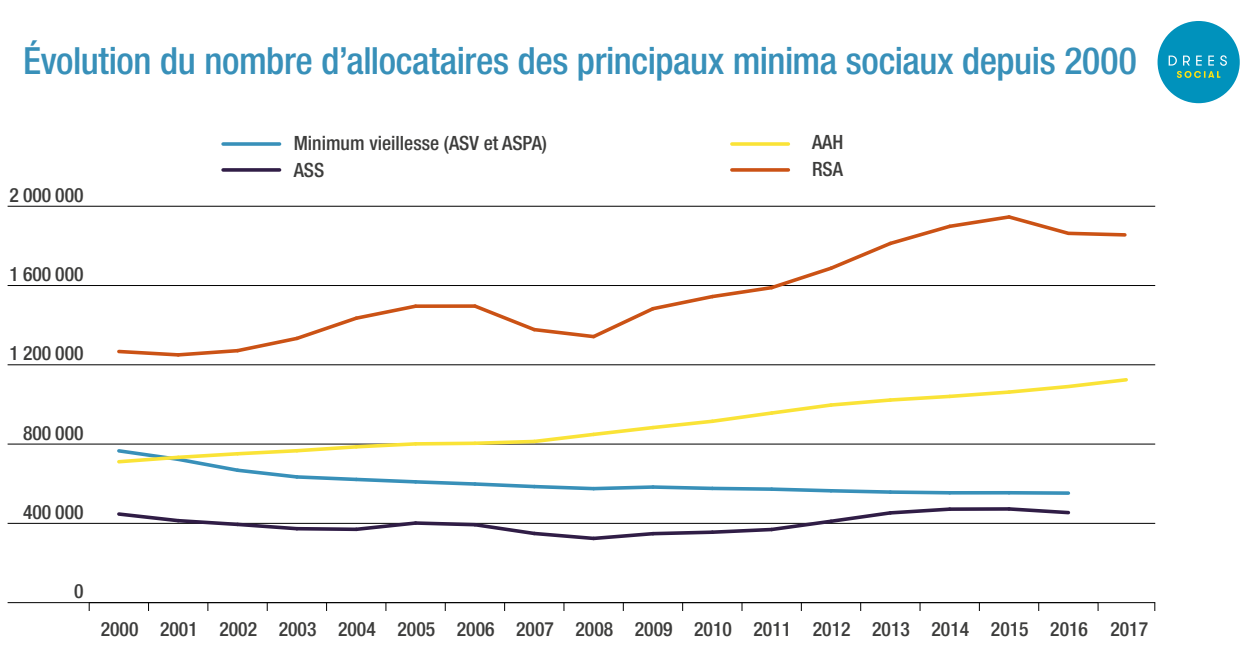


FIGURE 7 : « Les allocataires de minima sociaux – Les chiffres clés », Infographie de la Drees, 2017.

ceux de la personne handicapée. Jusque très récemment, cette non-déconjugalisation a résulté en un abattement de l'allocation, une perte d'autonomie financière pour les personnes concernées et une précarisation économique des personnes handicapées.

La prestation de Compensation du handicap (PCH) **est une aide financière versée par le département afin de compenser financièrement les dépenses liées à la perte d'autonomie**. Fin 2018, on comptait plus de 373 000 bénéficiaires de la prestation (*contre 132 860 en 2004).*

L'aide comprend 5 volets, que sont l'aide humaine, technique, l'aménagement du logement, le transport et l'aide spécifique ou exceptionnelle animalière. Son attribution passe, là aussi, par une validation en MDPH. Sa durée d'attribution, son montant et ses modalités dépendent de l'état de santé de l'ayant droit, de ses revenus et de ses besoins. **La très grande majorité de la prestation sert à financer l'aide humaine nécessaire à la compensation de la perte d'autonomie des bénéficiaires de la PCH** :

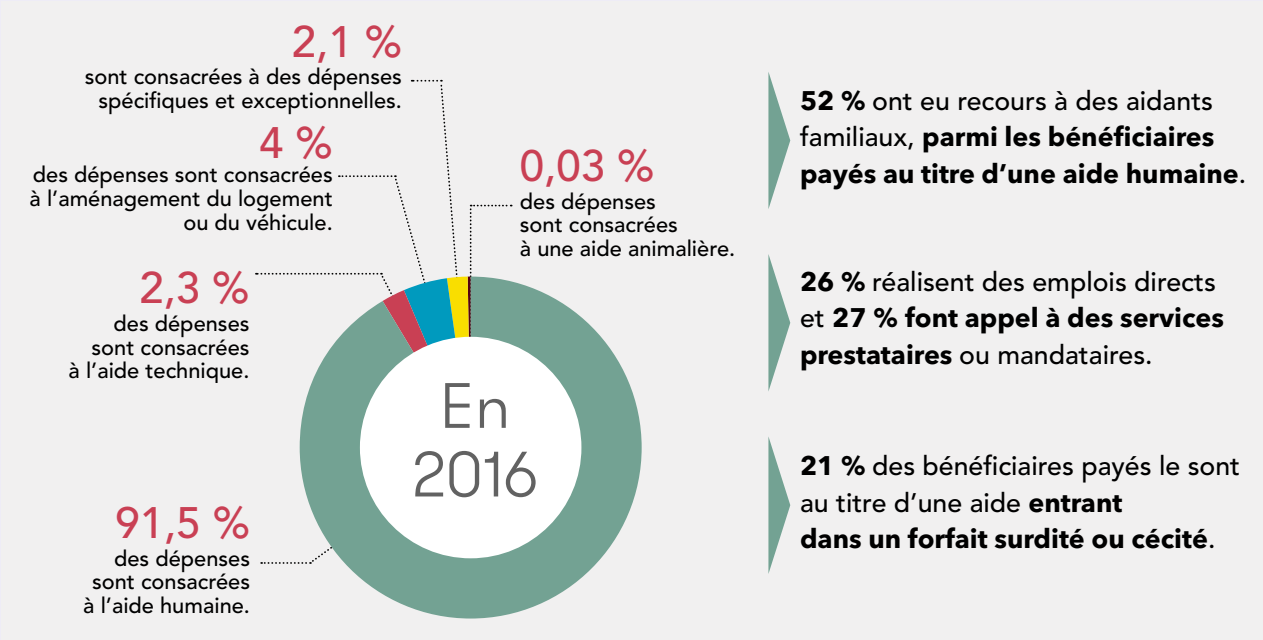


FIGURE 8 : « La prestation de compensation du handicap – Repères et chiffres clés », Drees, 2017.

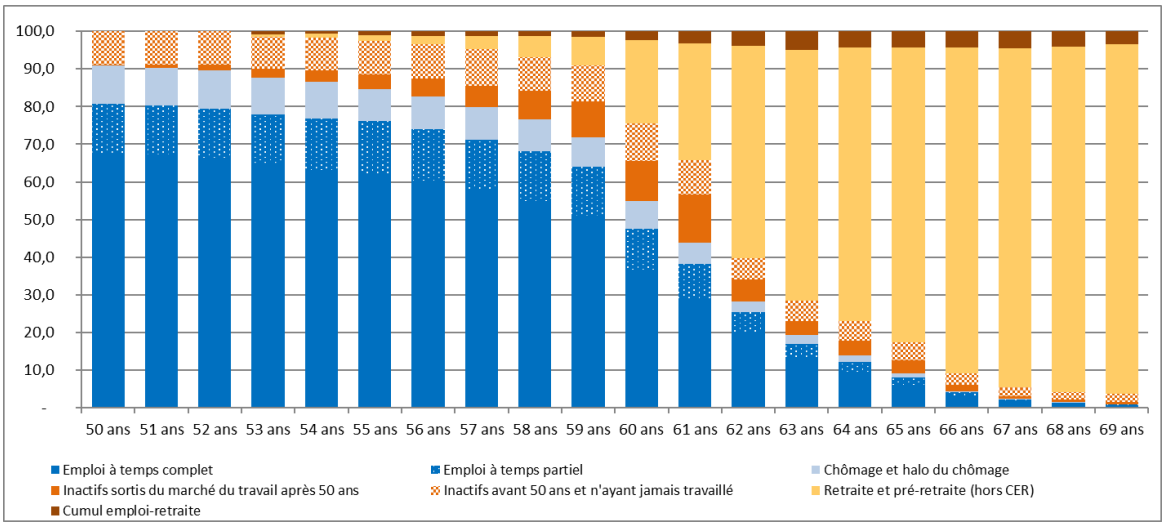
RETRAITE ET HANDICAP : LE BOUT DU ROULEAU

En termes d'accès à la retraite et de pension, les travailleur·ses handicapé·es ont été particulièrement impacté·es par les différentes réformes bouleversant le système de retraite. Que ce soit en allongeant le nombre de trimestres nécessaires, en reportant l'âge légal de départ à la retraite ou par le système de décote introduit, les travailleur·ses handicapé·es sont bien souvent les victimes oubliées de la casse de nos retraites.

Ce sont bien leurs caractéristiques socio-économiques qui rendent les travailleur·se·s handicapé·es particulièrement vulnérables à toute réforme malheureuse de notre système de retraites. En effet, ces dernier·es sont âgé·es, pour 45 % d'entre elles et eux, de plus de 50 ans. Un âge charnière où plus on vieillit, plus le parcours professionnel évolue en dents de scie et les risques de désinsertion et de précarité se font ressentir sur la population.

Pour exemple, en 2020 en moyenne, 10,1 % des 55-64 ans occupant un emploi sont en situation de sous-emploi, c'est-à-dire en temps partiel subi ou au chômage technique ou partiel (taux de sous-emploi) et 6,1 % de celles et ceux qui sont salarié·es le sont en contrat temporaire[9].

Ventilation des situations vis-à-vis du marché du travail par âge détaillé de 50 à 69 ans (moyenne 2018-2020)



Lecture : parmi les personnes résidant en France en 2018-2020 et âgées de 60 ans, 36,7 % étaient en emploi à temps complet, 10,8 % en emploi à temps partiel et 10 % étaient inactives au sens du BIT, sorties du marché du travail avant 50 ans ou n'ayant jamais travaillé.
Note : le « halo autour du chômage » désigne, selon l'INSEE, les personnes inactives mais proches du marché du travail (personnes déclarant souhaiter travailler, mais qui ne sont pas classées au chômage au sens du BIT, soit parce qu'elles ne sont pas disponibles dans les deux semaines pour travailler, soit parce qu'elles n'ont pas effectué de démarche active de recherche d'emploi dans le mois précédent).
Champ : France entière (hors Mayotte), personnes de 15 ans et plus vivant en ménage ordinaire ; moyenne 2018-2020.
Sources : INSEE, Enquêtes Emploi ; calculs DARES.

FIGURE 9 : Rapport annuel du COR, p. 245, 2021

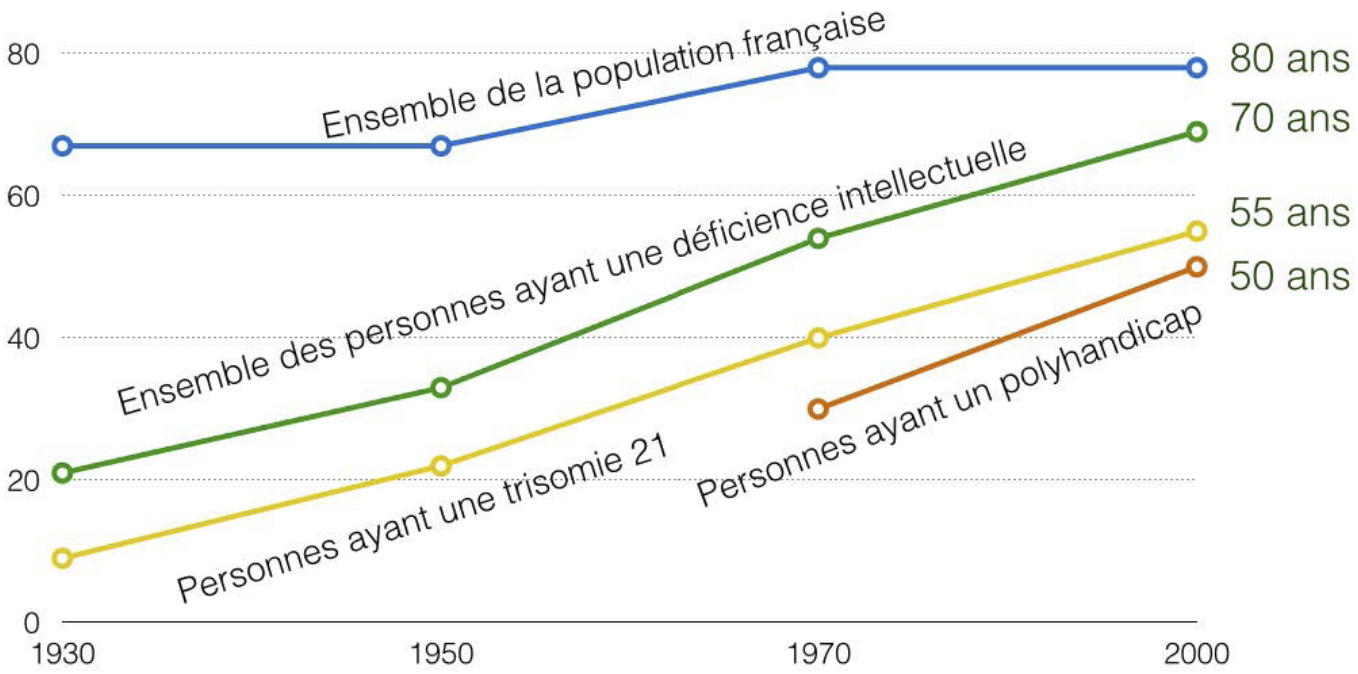
Si cette période est déjà difficile à appréhender pour l'ensemble de la population, elle l'est plus encore pour les travailleur·ses handicapé·es. **Les personnes en situation de handicap passent en moyenne 8,5 années sans emploi après 50 ans** (contre 1,8 an pour l'ensemble de la population). Une situation qui pousse les travailleur·ses handicapé·es à retarder au maximum le départ à la retraite pour valider le plus de trimestres possibles : elles et ils liquident leur retraite à 62,4 ans en moyenne, soit 0,3 an de plus que l'ensemble de la population[10].

Une problématique d'autant plus grave lorsque l'on connaît l'espérance de vie moyenne bien plus réduite des personnes en situation de handicap par rapport à l'ensemble de la population : les travailleur·ses handicapé·es atteint·es de schizophrénie, par exemple, ont une espérance de vie de 55,9 ans pour les hommes et de 67,6 ans pour les femmes. De la même manière, être atteint·e de polyhandicap réduit drastiquement l'espérance de vie (voir Figure 10, page suivante).

Au-delà des inégalités d'espérance de vie s'établissant entre les travailleur·ses handicapé·es et l'ensemble de la population, il faut aussi prendre en compte le lien fort entre le nombre d'annuités vali-

9. « Tableau de bord Seniors », Dares, décembre 2021 – https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publications/les-seniors-et-le-marche-du-travail
10. « Les personnes ayant des incapacités quittent le marché du travail plus jeunes mais liquident leur retraite plus tard », Drees n° 1143, février 2020 – https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-ayant-des-incapacites-quittent-le-marche-du-travail

Exemples de gains d'espérance de vie à la naissance, d'après les sources existantes



dées et cette même espérance de vie. On remarque notamment qu'il y a, pour l'ensemble des professions, un nombre d'annuité « optimal » à valider pour espérer profiter le plus longtemps de sa retraite dans les conditions les plus favorables, autour de quarante annuités. Au-delà de ce nombre d'annuité, la durée moyenne d'espérance de vie à la retraite baisse significativement[11], en dessous de ce nombre également. L'enjeu est donc de taille pour le bien-vieillir des personnes en situation de handicap.

C'est dans ces cas particuliers que les dispositifs de retraite anticipée devraient pouvoir permettre de compenser ces inégalités. Or, même si ces dispositifs existent, il n'en demeure pas moins trop restrictif. Pour exemple, la retraite anticipée pour handicap qui, sur le papier, permet un départ à la retraite à 55 ans nécessite :

1. **D'avoir un taux d'incapacité permanente reconnu d'au moins 50 %** (un taux évalué selon des barèmes arbitraires et soumis à la décision des commissions internes au MDPH) ;
2. **Qu'il n'y ait pas plus de 20 trimestres de différences entre les trimestres cotisés** (trimestre ayant donné lieu à un versement de cotisations calculées sur les revenus d'activité) **et les trimestres assimilés** (trimestres sans cotisation mais validés, du type chômage, maladie, congé maternité/paternité, etc.). Sachant qu'en moyenne, un·e travailleur·se handicapé·e connaîtra 8,5 années sans emploi après ses 50 ans (contre 1,8 an pour le reste de la population), une situation qui viendra grandement mettre en péril la possibilité d'une retraite anticipée[12].

Ainsi, les travailleur·se·s handicapé·es sont de nouveau dans une double peine : celle de devoir travailler plus longtemps pour compenser un marché du travail dégradé et qui ne leur est pas adapté, une situation qui empire avec un âge de départ à la retraite de plus en plus repoussé ; et celle de voir leur espérance de vie passée à la retraite amoindrie fortement par l'usure au travail, là encore qui sera aggravée par un âge de départ à la retraite de plus en plus tardif.

11. Dossier du *Solidarité et Santé* n° 40, Drees, juin 2013 – https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dss40.pdf
12. « Les personnes ayant des incapacités quittent le marché du travail plus jeunes mais liquident leur retraite plus tard ». Drees, *Études et Résultats*, n° 1143, février 2020.

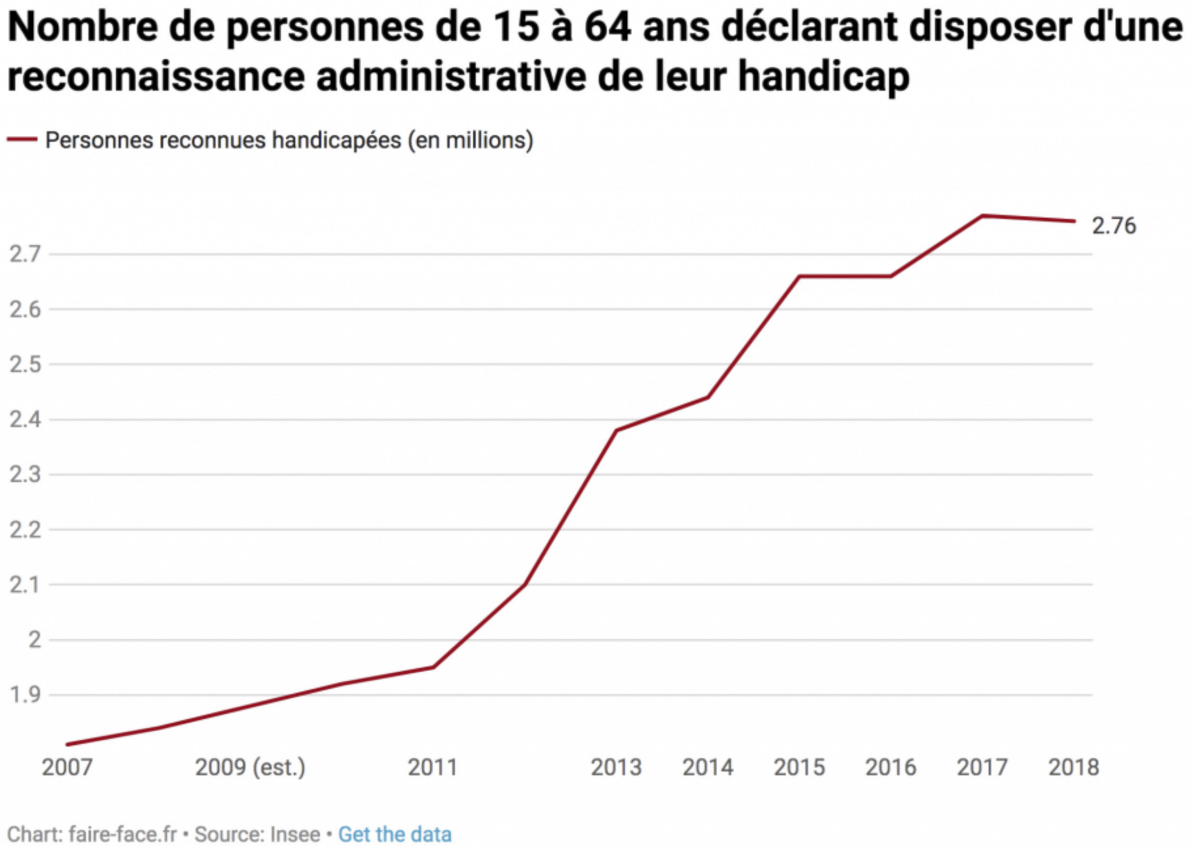
FOCUS : RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE TRAVAILLEUR·SE HANDICAPÉ·E (RQTH)

En France, un ensemble de droits pour les travailleur·ses handicapé·es peuvent être acquis via la reconnaissance de la qualité de travailleur·se handicapé·e (RQTH). La RQTH est un statut acquis à la suite d'une demande effectuée auprès d'une MDPH. **Par cette demande, la ou le travailleur·se fait reconnaître officiellement son aptitude au travail suivant ses capacités liées au handicap**. Pour rappel, est considérée comme travailleur·se handicapé *« toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique »* (article L. 5213-1 du Code du travail). La demande de RQTH étant un élément privé, il n'y a aucune obligation d'en informer l'employeur·se si cela n'est pas nécessaire.

À noter qu'il est possible de bénéficier automatiquement d'une RQTH si l'on est victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 10 %, si on est titulaire d'une pension d'invalidité, d'une carte d'invalidité ou d'une AAH.

Être reconnu·e travailleur·se handicapé·e permet de bénéficier :

- d'une orientation vers un établissement ou service d'aide par le travail, de centres de rééducations professionnelles, de formations ou de services différents. Les travailleur·ses RQTH peuvent, par exemple, bénéficier de l'accompagnement plus spécialisé de CAP emploi, plutôt que Pôle emploi ;
- d'un accès à la fonction publique par concours aménageable ou par recrutement spécifique ;
- d'un accès aux aides de l'Agefiph et de la Fiphfp et donc à des aménagements de postes, de l'équipement, des services, de l'aide financière, etc. ;
- d'un accompagnement pour le maintien dans l'emploi, via les réseaux des CAP emploi pour la recherche de solution en lien avec la médecine du travail et l'employeur.



2,76 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans déclaraient, en 2018, disposer d'une reconnaissance administrative de leur handicap.

PRESTATION ET OUVERTURE DE DROITS : MÉDECINE DU TRAVAIL ET MDPH

Les dispositifs et leviers mis à disposition des travailleur·ses handicapé·es sont, bien qu'existant et à défendre, encore insuffisants. Pas par leur nature, mais bien par le peu de moyens qu'on leur accorde. C'est le cas par exemple de la médecine du travail et des maisons départementales des personnes handicapées. Bien que l'existence de ces deux institutions puisse être saluée, l'obtention de nouveaux droits et reste encore nécessaire pour que ces services répondent pleinement aux besoins des populations en situation de handicap et aient un impact bien plus significatif sur l'insertion et le maintien à l'emploi des travailleur·ses handicapé·es.

La médecine du travail : problème d'indépendance et cadre patronal

La médecine du travail est en lien direct avec les travailleur·ses handicapé·es, pour plusieurs raisons. Les médecins du travail ont pour mission **d'assurer les mesures de prévention dans les entreprises** (pour rappel, d'après l'Agefiph, 2 handicaps sur 5 ont une origine professionnelle), **de préserver la santé des travailleur·ses** en général et **d'estimer la compatibilité de ces derniers aux postes qu'elles et ils occupent et, le cas échéant, de préconiser des adaptations.** Que ce soit pour prévenir les situations de handicap, de les accompagner ou d'aider à leurs compensations, **la médecine du travail est une actrice clé pour les travailleur·ses handicapé·es. Pour autant, beaucoup de critiques peuvent être adressées à son fonctionnement**.

La faute aux missions circonscrite à la médecine du travail, qui n'a pas prérogative à statuer sur le poste de travail potentiellement nocif mais bien sûr sa compatibilité avec la ou le travailleur·se qui l'occupe. De ce fait, **la médecine du travail, malgré elle, peut occuper une place de « tri » de la main-d'œuvre.** De même pour la procédure d'inaptitude. L'inaptitude intervient lorsqu'elle est constatée par la ou le médecin du travail lorsqu'elle ou il apprécie la compatibilité de l'état physique et/ou moral de la ou du travailleur·se envers son poste. Si la ou le médecin du travail estime qu'il y a un danger pour la ou le travailleur·se au vu de cette compatibilité, elle ou il peut alors délivrer un avis médical d'inaptitude. À la charge de l'employeur·se de proposer au travailleur·se des requalifications dans l'entreprise. Si cela s'avère impossible, alors un licenciement pour inaptitude peut être opéré[13]. Pour autant, cette obligation n'est, aujourd'hui, pas assez contrôlée et l'appareil législatif manque de moyens et de mesures plus coercitives pour sanctionner les employeur·se·s ne respectant pas ce droit.

Si on peut estimer que la santé de la ou du travailleur·se est primordiale et qu'en l'absence de possibilité de reclassement le départ du poste et de l'entreprise s'avère inéluctable, la procédure d'inaptitude est pourtant bien plus souvent une manière de sortir des effectifs la ou le travailleur·se victime de son état de santé. Ce qui permet de ce fait à l'employeur·se d'échapper à toute responsabilité. **Pour le dire autrement : comment une réflexion sur les conditions de travail ou sur l'organisation du travail peut être faite si les salarié·es en peine sont expulsé·es de l'entreprise dès que l'usure apparaît ?**

« Parfois présentée comme un outil de protection des salarié·es et de leur santé, l'inaptitude peut ainsi également être perçue comme un dispositif de sélection et d'orientation de la main-d'œuvre au service de la productivité des entreprises, leur permettant de se débarrasser des salarié·es usé·es sans avoir à modifier leurs conditions de travail, contribuant ainsi à la dégradation de la condition salariale par la relégation des salarié·es les moins adapté·es aux exigences de l'ordre productif… »[14]

Petite précision **: ce n'est pas la médecine du travail qui pose un problème, mais bien les missions qui lui sont confiées.** On l'a vu, **le processus d'inaptitude, loin de sa mission première de protéger les travailleur·ses, tends à trier ces dernier·es et à extraire le « problème » de l'entreprise**. De ce fait, l'employeur·se n'est plus en obligation de garder la ou le salarié·e concerné·e et donc expulse toute la dimension critique de l'organisation du travail qui peut être revendiquée via la pathologie.

La source du problème est pourtant évidente : **les médecins du travail n'ont mandat que pour statuer sur la capacité de la ou du travailleur·se à occuper son poste, et non pas à évaluer la capacité du poste à être occupé par un·e travailleur·se (sans impacter sa santé).** Même des mesures comme le tiers-temps des médecins du travail apparaît comme difficile au vu du manque de moyens, de disponibilités et du faible nombre de médecins du travail en France. Pour rappel, **on dénombre plus de 4 800 médecins du travail en activité en 2020 pour 29,7 millions d'actif·ves (dont 2,7 millions ayant une reconnaissance administrative de leur handicap).**

Si la médecine du travail n'a déjà pas les moyens d'assurer ses missions « ordinaires » pour la ou le travailleur·se de base, ses moyens sont encore plus maigres pour l'accompagnement et l'expertise que nécessite l'insertion des travailleur·ses handicapé·es et l'adaptation des postes de travail. Un levier qui devient donc un frein et un problème.

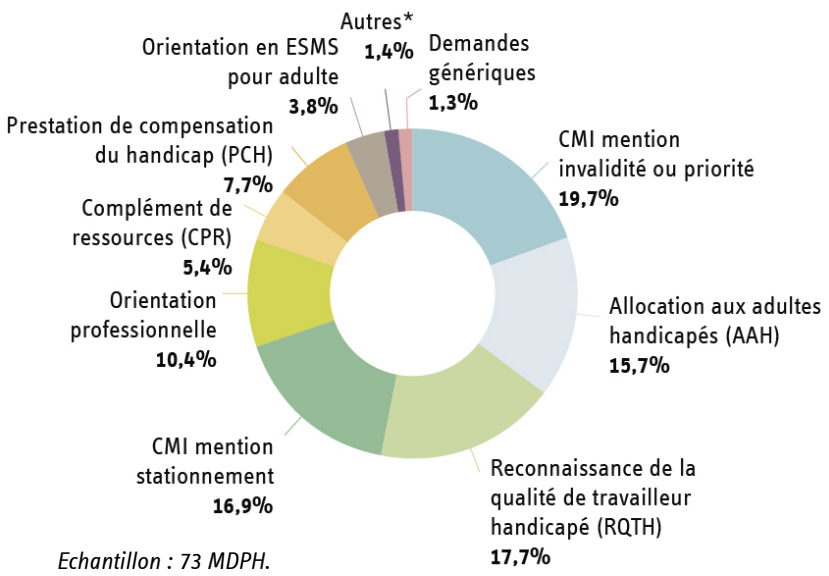
13. « Inaptitude et rupture du contrat de travail : un régime réellement protecteur du salarié ? » par Marc Véricel, *Droit ouvrier*, nº 780, juillet 2013.
14. Barnier Frédérique, « L'inaptitude au travail, dispositif de protection ou de relégation des salariés ? », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, nº 37, 2019.

MDPH : dossiers partout, moyens nulle part

Les MDPH sont les structures, présentes dans tous les départements, en charge de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap et de leurs proches. Que ce soit pour l'attribution des aides, prestations et allocations, ou pour la délivrance des statuts de travailleur·se handicapé·e, d'orientation vers les établissements médico-sociaux ou pour l'orientation professionnelle, les MDPH sont les guichets centraux du handicap sur tout le territoire.

4 370 000 demandes ont été déposées dans les MDPH en 2019. Sur l'ensemble de ces demandes, 17,7 % concernaient la RQTH, 15,7 % l'AAH ou encore 10,4 % une demande d'accompagnement sur l'orientation professionnelle :

Répartition des demandes « adultes » déposées en 2019



Echantillon : 73 MDPH.
Source : Échanges annuels, CNSA 2020.

- La répartition des demandes chez les adultes reste stable en 2019.
- Les demandes de cartes pour les personnes âgées de 20 ans ou plus représentent près de quatre demandes sur dix et les demandes relatives à l'emploi comptent pour une demande sur deux.
- Les demandes de cartes des personnes de 60 ans et plus représentent 13 % du total des demandes.

FIGURE 12 : Les demandes CMI (mention invalidité ou mention stationnement) concernent la Carte Mobilité Inclusion, permettant de faciliter les déplacements en cas de perte d'autonomie.

Les MDPH sont des structures traitant un grand nombre de demandes, augmentant d'année en année. Si on regarde par département par exemple, on voit que la MDPH du Nord (59) a traité 222 392 demandes en 2019 et 300 254 en 2020. Une situation semblable pour la MDPH du Pas-de-Calais (62), qui est passée de 105 109 demandes traitées en 2019 à 146 480 en 2020. Enfin, la MDPH de Seine-Maritime (76) : 63 243 demandes traitées en 2019 et 129 722 en 2020. Si on peut s'inquiéter de voir ces augmentations spectaculaires, la baisse de demande peut aussi nous interroger. La MDPH de Seine-Saint-Denis (93) a traité 126 375 demandes en 2019 contre 114 853 en 2020. De même, la MDPH de Loire-Atlantique (44) a traité 97 826 demandes en 2019 contre 73 085 en 2020[15]. Ces baisses sont-elles l'effet d'une demande moindre où de populations handicapées de plus en plus découragées, exclues ou en situation de non-recours ?

Car si le nombre de demandes paraît déjà si important, ce n'est qu'un des éléments de « tension » des MDPH. L'autre élément réside dans son délai de traitement des dossiers, d'en moyenne 4,2 mois (*chiffre CNSA 2021*). Si cette moyenne paraît déjà trop importante, elle cache également des disparités profondes : le délai de traitement moyen est de 6,2 mois dans le Calvados (14), de 7,3 mois dans l'Essonne (91), de 8,3 mois en Guadeloupe (971) et de 10,2 mois dans la Manche (50), par exemple. Comment expliquer ce délai de traitement important et ces différences dans le territoire ? Les MDPH traitent un grand nombre de sujets, de dossiers et de demandes concernant le handicap. Que ce soit pour les prestations, l'accompagnement et le maintien dans l'emploi, l'éducation des enfants en situation de handicap et la formulation des besoins, le travail en MDPH est exigeant – d'autant plus que ces dernières manquent de moyens. Là encore, les effectifs varient d'une MDPH à une autre. Dans un rapport du Sénat de 2021, deux MDPH non-nommées sont mises en opposition : l'une dispose d'en moyenne un·e salarié·e ETP (équivalent temps plein) pour 334 habitant·es, quand l'autre dispose d'un·e salarié·e ETP pour 23 146 habitant·es[16].

15. Baromètre des maisons départementales des personnes handicapées, édition 2022.
16. Rapport d'information du Sénat n° 748 sur le rôle des maisons départementales des personnes handicapées dans la gestion de l'allocation aux adultes handicapées (AAH).

FOCUS : INAPTITUDE, INVALIDITÉ, MÉDECIN DU TRAVAIL, MÉDECIN-CONSEIL, RQTH, QUI ET POURQUOI ?

Les parcours administratifs dans lesquels évoluent les travailleur·ses pour leur reconnaissance du handicap peuvent être différents selon les dispositifs rencontrés. Cette reconnaissance passe par de nombreux·ses professionnel·les de santé, des organismes de Sécurité sociale et des appareils juridiques qui peuvent aussi bien communiquer entre elles et eux qu'être en opposition. Ainsi, il peut être difficile de se retrouver entre l'inaptitude, l'invalidité et les rôles des différents médecins :

	RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ (RQTH)	**INAPTITUDE**	**INVALIDITÉ**
Repères législatifs	Article L. 5213-1 du Code du travail « *Est considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique.* »	Article L. 351-7 du Code de la Sécurité sociale « *Peut être reconnu inapte au travail, l'assuré qui n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé et qui se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail médicalement constatée, compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle, et dont le taux est fixé par décret en Conseil d'État.* »	Article L. 341-1 du Code de la Sécurité sociale « *L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer un salaire supérieur à une fraction de la rémunération soumise à cotisations et contributions sociales qu'il percevait dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité.* »
Par qui ?	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) : Composée de représentant·es de l'État, du département, d'associations, de syndicats, d'organisations patronales, de représentant·es des organismes de Sécurité sociale.	Médecin du travail : Avant de prendre la décision de délivrer un avis d'inaptitude, la ou le médecin du travail doit procéder à une étude du poste du travail. Si aucun aménagement, adaptation ou transformation du poste n'est possible, la ou le médecin peut déclarer la ou le salarié·e inapte à son poste de travail.	Médecin-conseil : Suite à la demande de l'assuré·e, la ou le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie concernée statue sur la validité de la demande. Si elle est acceptée, la ou le médecin-conseil vient également déterminer la catégorie d'invalidité (1re, 2e ou 3e catégorie). Les droits et prestations diffèrent selon la catégorie attribuée.
Droits attribués ?	Mesures d'aides à l'emploi, à la formation. Aménagement de postes, accès à des dispositifs spéciaux, etc.	L'employeur·se doit proposer des solutions de reclassement ou d'adaptation sinon -> licenciement pour inaptitude avec un calcul d'indemnité plus favorable financièrement pour la ou le salarié·e.	Droit à la pension d'invalidité (montant selon la catégorie attribuée), droit automatique à la RQTH. Prise en charge à 100 % des soins pour la maladie invalidante. Droits à certaines prestations de la MDPH.

LES AIDANT·ES ET ACCOMPAGNANT·ES, L'ARMÉE DE L'OMBRE DU HANDICAP ET DE L'AUTONOMIE

Les aidant·es et accompagnant·es, l'armée de l'ombre du handicap et de l'autonomie

Définition juridique de l'aidant familial :
« Est considéré comme un aidant familial, pour l'application de l'article L. 245-12, le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle la personne handicapée a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de la personne handicapée, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine définie en application des dispositions de l'article L. 245-3 du présent Code et qui n'est pas salarié pour cette aide. » (Article R. 245-7 du Code de l'action sociale et des familles).
Les « aidant·es » ou accompagnant·es, proches aidant·es, aidant·es familiaux·les sont une catégorie rassemblant l'ensemble des adultes qui accompagnent et aident au quotidien un·e proche (parents, enfants, compagnons/compagnes, membres de la proche famille, etc.) dans une situation de perte d'autonomie dans la réalisation des actes quotidien, du suivi médical, bref : d'une aide régulière, soutenue et nécessaire.
La CGT, parle plutôt de professionnel·les du médico-social et d'accompagnant·es, proches de la personne.

Qui sont les accompagnant·es ?

L'augmentation du nombre de personnes âgées voire très âgées, assortie d'une accélération du désengagement de l'État dans la prise en charge de la perte d'autonomie (financière, structurelle…) avec une dégradation de notre protection sociale, introduit la question de l'aide des proches de personnes en situation de perte d'autonomie. C'est dans ce contexte que la notion d'aidant·e a vu le jour afin de rendre visible cette aide qui s'exerce le plus souvent dans un cadre familial.
Leur situation particulière, l'évolution du monde du travail, l'éloignement entre le domicile et le lieu de travail et les difficultés d'obtenir ou de financer un accompagnement ont fait émerger des questions de santé publique nouvelles, notamment vis-à-vis de leur reconnaissance, de l'impact de leur statut sur leur vie personnelle et professionnelle et même de leur état de santé physique et psychique. De ce fait, elles et ils sont exposé·es aux risques d'épuisement, d'isolement et de solitude.
En termes de chiffre, le consensus serait autour de 8,3 millions d'aidant·es dont 4,3 millions aident régulièrement un·e proche de 60 ans et plus, à domicile. En 2030 un·e actif·ve sur quatre sera aidant·e. Aujourd'hui, la contribution des accompagnant·es représenterait une économie de 164 milliards d'euros par an pour l'État. (*Chiffre CNSA*).
Quelques chiffres :

- **58 % sont des femmes ;**
- 76 % ont moins de 65 ans et 43 % moins de 50 ans ;
- **52 % travaillent ;**
- 86 % aident un·e membre de leur famille, dont 41 % un·e de leurs parents ;
- 34 % viennent en aide à plusieurs personnes, contre 28 % en 2017 (multi-aidant·es) ;
- 57 % aident un proche en situation de dépendance due à la vieillesse (48 % en 2017) ;
- **82 % consacrent au moins vingt heures par semaine en moyenne à leur(s) proche(s) ;**
- 37 % des accompagnant·es interrogé·es avouent ne bénéficier d'aucune aide extérieure alors qu'ils sont elles et eux-mêmes souvent âgé·es ;
- 67 % des personnes aidées vivent à leur domicile, 21 % vivent en institution, 14 % des aidant·es vivent sous le même toit que les personnes aidées.

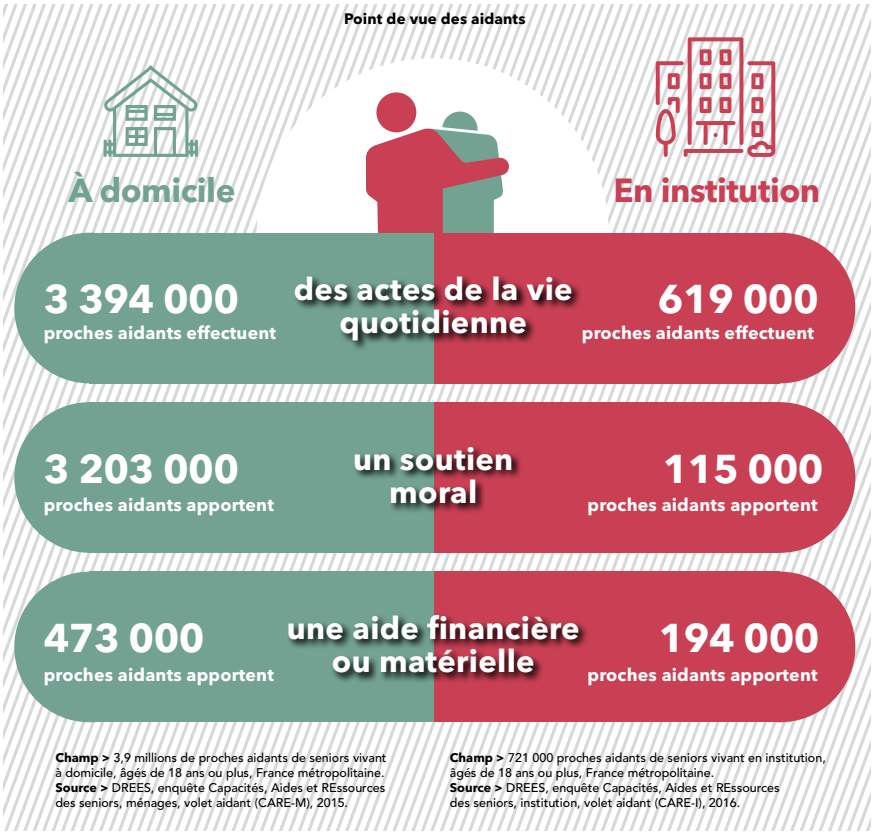


FIGURE 13 : Les proches aidants des personnes âgées - Les chiffres clés- Édition 2019

Quels besoins pour quelles revendications ?

44 % des accompagnant·es sont dans l'obligation de poser régulièrement des jours de RTT et de congés pour aider leurs proches dépendant·es, faute d'autres possibilités. En l'absence de véritable service d'accueil ou d'accompagnement suffisant, être accompagnant·e a donc des effets très concrets sur la vie professionnelle (temps partiel subi, manque de temps et d'énergie pour les investissements, impact négatif sur les carrières) et sur la santé (isolement, impact sur la vie sociale, stress, etc.). En effet, le nombre de professionnel·les d'aide et de maintien à domicile est aujourd'hui insuffisant, tout comme le nombre de structures pouvant accueillir des personnes en perte d'autonomie. De plus, les aides financières pour faire appel à ces professionnel·les ou ces structures sont insuffisantes ou inexistantes selon les situations. La parole des aidé·es et des accompagnant·es est donc centrale pour comprendre les besoins de chacun·e. En effet elles et ils peuvent avoir un besoin d'intimité, de temps pour elles et eux, et pour certain·es d'une relation davantage distanciée et donc un désir d'avoir recours à d'autres personnes que les proches et laisser ainsi un sentiment d'autonomie. Pour d'autres, souhaitant avoir la possibilité d'être pleinement accompagnant·es, l'aménagement et les besoins matériels devraient être disponibles, le tout pour respecter autant le choix de l'accompagnant·e que de la personne accompagnée.

Les besoins des accompagnant·es sont bien différents de ceux des personnes en situation de perte d'autonomie. L'aide et l'intérêt des pouvoirs publics pour les accompagnant·es peut être une solution pour se désengager de la problématique et faire des économies sur la solidarité familiale. Promouvoir les accompagnant·es au détriment de professionnel·les d'intervention diplômé·es et formé·es peut être une solution cruelle mais efficace pour l'État libéral.

Cette notion d'accompagnement peut paraître un détour lorsqu'on parle d'emplois et de handicap, mais ce serait oublier que:

- bien que le terme se raccroche bien plus souvent aux adultes accompagnant un *senior* en perte d'autonomie, les proches aidant·es d'enfants ou d'adultes handicapé·es ne sont pas à négliger pour autant;
- adopter la posture d'accompagnant·e (que ce soit par choix ou par contrainte) a un impact certain et les dispositifs mis en place sont encore largement insuffisants pour « accompagner les accompagnant·es »,
- **les accompagnant·es peuvent apparaître dans les accords handicaps des entreprises. Des congés supplémentaires, des maintiens de salaires, des aménagements ou encore des aides ponctuelles peuvent être négocié·es dans ces espaces-là,** ce qu'a pu faire par exemple la Fédération CGT des organismes sociaux:

> *« La CGT a revendiqué l'ouverture du panier de services à l'ensemble des salariés « aidants » qui s'occupent d'une personne bénéficiaire d'une prestation légale liée au handicap ou à la perte d'autonomie.*
> C'est gagné !
> L'aménagement du temps de travail d'un salarié « aidant », était limité par l'employeur à un aménagement d'horaire. La CGT a revendiqué un accord systématique des demandes à temps partiel visant au bénéfice d'une retraite progressive ou d'un dispositif conventionnel d'aménagement de fin de carrière, pour les salariés proches aidants
> C'est en partie gagné : ces demandes feront l'objet d'un examen attentionné !
> Pour l'employeur, la notion « d'aidant » était limitée aux salariés s'occupant d'une personne présentant un lien de parenté au premier degré.
> *La CGT a revendiqué l'élargissement de la définition « d'aidant » au-delà du lien de parenté au 1er degré pour intégrer les salariés qui aident et s'occupent de leur conjoint·e, concubin·e ou partenaire de PACS :*
> *C'est gagné ! »**
> *La CGT a signé le Protocole d'accord de soutien aux salariés proches aidants ! **Fédération CGT des Organismes Sociaux** (https://orgasociaux. cgt.fr/actualites/la-cgt-signe-le-protocole-daccord-de-soutien-aux-salaries-proches-aidants/)

➔LA CGT À DES PROPOSITIONS :

D'une part, une véritable reconnaissance des aidant·es professionnel·les, notamment par la création d'un service public de l'autonomie avec un financement pérenne. Un financement pérenne permettant une prise en charge dans son intégralité de la perte d'autonomie dans l'assurance et un tarif socle national de l'intervention de l'aide et du maintien à domicile. Une mesure nécessitant également une vraie politique financière pour valoriser et reconnaître les métiers de l'aide, l'accompagnement et soins à domicile pour celles et ceux qui souhaitent y avoir accès. Pour cela, un état des lieux doit être fait sur le besoin en salarié·es, la renégociation des temps de travail, les salaires, la formation, la revalorisation du métier en incluant la prévention, la meilleure reconnaissance des diplômes, les conditions de travail, etc.

D'autre part, des droits nouveaux afin d'aider et de soutenir les aidant·es familiaux·les. Les allocations existantes doivent être revalorisées et les critères d'attribution élargis. Pour rappel, les deux aides financières principales sont:

- l'**AJPA** (*allocation journalière de la ou du proche aidant·es*) d'un montant de 58,59 euros par jour et pouvant être bénéficiée 66 jours maximum dans l'ensemble de la carrière d'un·e travailleur·se, ce qui est bien insuffisant;
- **l'AJPP** (*allocation journalière de présence parentale*) d'un montant de 58,59 euros par jour et permettant 310 jours d'allocations – donc 310 jours d'absences sur une période de trois ans.

La responsabilité des entreprises et des services publics, quelle que soit leur taille, doit être engagée à l'égard de leurs salarié·es qui aident des proches en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Il faut notamment agir sur les lieux de travail contre les discriminations dont elles et ils peuvent être victimes. Les salarié·es accompagnant·es dont les situations vécues sont souvent très difficiles doivent pouvoir bénéficier de droits portant sur le choix et l'organisation du temps de travail, les congés, la formation professionnelle, le déroulement de carrière, afin de ne pas être discriminé·es. Les accompagnant·es doivent aussi pouvoir tou·tes bénéficier d'un accompagnement social pour être informé·es et aidé·es dans leurs démarches. C'est un enjeu majeur des prochaines années pour permettre de conquérir un vrai droit à l'autonomie dans une démarche de reconquête de la Sécurité sociale.

FOCUS: SERVICE PUBLIC DE L'AUTONOMIE

À partir des travaux du collectif confédéral « aide à domicile » et du collectif confédéral « santé »*

Face à l'ampleur des besoins liés à la perte d'autonomie, la CGT propose aujourd'hui de repenser la prise en charge de celle-ci en construisant dès à présent les bases d'une nouvelle manière de prendre en charge l'aide à l'autonomie en France.

La perte d'autonomie est un fait de société. L'évolution de l'espérance de vie et le vieillissement de la population nous obligent collectivement à repenser les contours de l'aide à l'autonomie. À partir d'une analyse de la situation actuelle, la CGT propose ici de construire un nouvel avenir pour l'aide à l'autonomie au travers d'un **grand service public de l'aide à l'autonomie** regroupant et intégrant l'ensemble des structures et des personnels concernés (que ce soit à domicile ou en établissements). Le service public serait chargé d'offrir à toutes les personnes en perte d'autonomie un service de proximité, dans les mêmes conditions sur l'ensemble du territoire et à la hauteur des besoins.

En établissements comme à domicile, il existe aujourd'hui une multitude de structures avec des statuts et des conventions collectives différentes, ce qui engendre des droits et des rémunérations très différentes pour un même métier. Un service public de l'aide à l'autonomie se doit donc de revenir sur cette disparité afin de garantir à même niveau de garanti et de salaire pour un même métier.

En termes de ressources, **le service public de l'autonomie doit être assuré par la Sécurité sociale via la cotisation sociale**. Le financement par l'impôt (CSG, taxes, etc.) doit donc être transformé en financement par la cotisation sociale prise sur le capital. La CGT défend ainsi une prise en charge de l'autonomie intégralement au sein de la Sécurité sociale.

La CGT revendique **une Sécurité sociale unifiée qui permet de prendre en compte l'ensemble des dimensions de la perte d'autonomie sans le découper en branches-risques** (famille, maladie, vieillesse, et maintenant autonomie) afin d'assurer une prise en charge globale des personnes en perte d'autonomie : de l'hébergement, aux soins et aux services spécifiques à l'autonomie. Autrement dit, il s'agit de répondre enfin à la définition de la santé comme un « état complet de bien-être » établie par l'Organisation mondiale de la santé !

En termes de financement des prestations liés au maintien dans l'autonomie, la CGT défend **un financement à 100 % des coûts des structures de prise en charge de la perte de l'autonomie afin de supprimer les restes à charge**. Seules les structures publiques ou de Sécurité sociale seraient financées. Ce financement ambitieux permettrait de sortir de la précarité les travailleur·ses de l'autonomie en revalorisant leurs salaires. Il permettrait également d'assurer des services de qualité (temps d'intervention, etc.). Le secteur marchand et ses profits sur le dos de la santé/autonomie ni le secteur associatif comme palliatif ne peuvent répondre à un tel besoin.

La prise en charge à domicile de la perte d'autonomie doit être elle aussi possible. La Sécurité sociale prendrait en charge le financement des aménagements, proposerait l'intervention des professionnels de santé nécessaire, des dispositifs de maintien du lien social, et des aides forfaitaires pour couvrir les frais fixes inévitablement augmentés et aujourd'hui non pris en compte (nourriture, logement, etc.). **Rester au domicile ne doit pas être un luxe mais un droit**.

En termes d'organisation du grand service public de l'aide à l'autonomie, la Sécurité sociale, notamment grâce à ses structures territoriales de proximité (caisses primaires et caisses régionales de Sécurité sociale) dispose des compétences et de l'expérience nécessaire pour prendre en charge la perte d'autonomie aussi bien en gérant directement des établissements qu'en assurant le suivi et l'accueil des bénéficiaires. En gérant des établissements médico-sociaux (les Ugecam) ou de santé (centres), l'accueil des assuré·es (les agences des différentes caisses existantes) ou l'accompagnement des assuré·es (expériences des commissions d'action sociale des Carsat et CPAM), **la Sécurité sociale a fait la preuve de sa capacité à agir. Les outils pour construire le service public de l'aide à l'autonomie sont donc déjà là au sein de la Sécurité sociale. Il est temps de les déployer et de revenir sur les attaques néolibérales qui les ont affaiblis !**

* Voir ivret « Présentation et état des lieux du secteur aide à domicile » (octobre 2020) et livret « Pour un droit à compensation de la perte d'autonomie à tout âge » (juillet 2017). Collectif confédéral aide à domicile, octobre 2020.

Contribution des finances publiques à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en 2019

Le poste « Sécurité sociale » prend en compte :

- Pour l'assurance maladie, les pensions d'invalidité et les dépenses en unités de soins de longue durée
- Les dépenses de soins de ville en direction des personnes âgées dépendantes à domicile
- Les rentes d'incapacité permanente de la branche ATMP
- Pour la CNAF, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et l'allocation de présence parentale

Contrairement aux années précédentes, les exonérations de cotisation pour l'emploi d'une aide à domicile ne sont plus identifiées dans le champ « Sécurité sociale ».

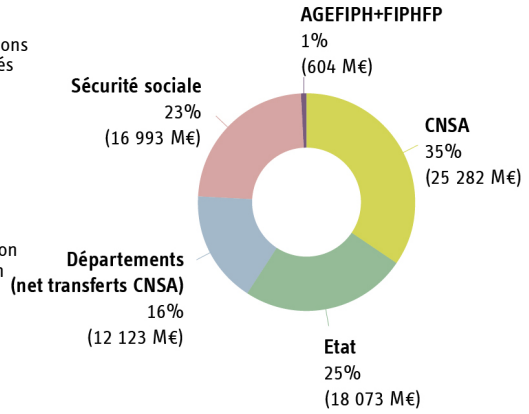


FIGURE 14 : « Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie », 2021, CNSA.

LA 5E BRANCHE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : L'AUTONOMIE AU RABAIS

La CGT est contre le principe même de la 5e branche « autonomie ». **Les risques en lien avec la perte d'autonomie, qu'ils soient dus à l'âge ou au handicap, devraient être pris en charge par la branche « maladie », au titre des problèmes de santé qui y sont liés et des besoins de soin qui en découlent**. Cette séparation illogique, tant administrative que symbolique, entre la santé et l'autonomie provoque des traitements différenciés, amenant à des prestations et droits différents selon des situations similaires alors séparées arbitrairement par cette 5e branche.

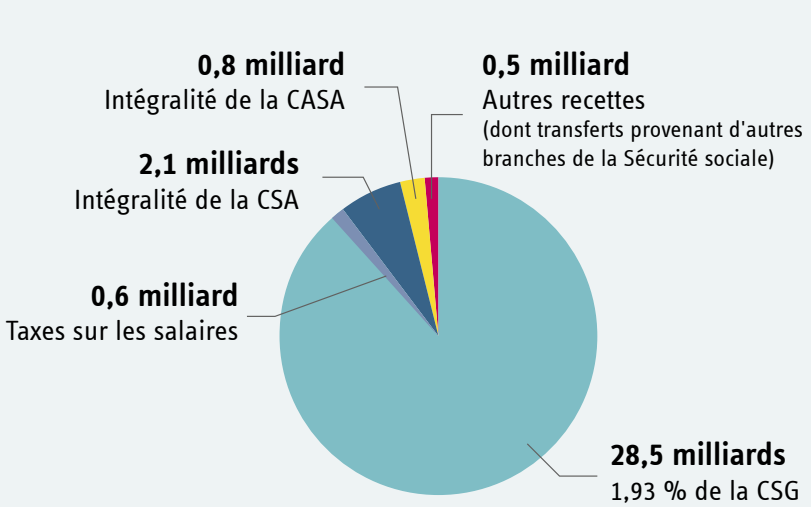
Une branche à part dans la Sécurité sociale

Au niveau de ses missions, **la 5e branche prend en charge les risques liés à la perte d'autonomie**. Via la **Caisse nationale de solidarité l'autonomie (CNSA), l'organe national pilote**, la branche finance les principales aides à l'autonomie, comme l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), ou la prestation de compensation du handicap (PCH). La CNSA s'occupe également des appels à projet dans les départements pour la création de structures et fédérations d'aides à domicile et uniformise le travail et le traitement des dossiers dans les différentes MDPH. Tout un travail de chiffrage, de sources, d'informations et de ressources émane de la CNSA, en collaboration avec les agences régionales de santé (ARS), les associations locales et le concours des départements.

Pour autant, la 5e branche « autonomie » est une branche à part des quatre autres (pour rappel : « maladie », « vieillesse », « famille » et « recouvrement »). Elle représente, pour la CGT, un véritable cheval de Troie qui vient parasiter le fonctionnement et la philosophie même de la Sécurité sociale, pour plusieurs raisons.

En premier lieu, son financement se fait par l'impôt et non par la cotisation sociale, ce qui va à l'encontre du principe fondateur de la Sécurité sociale. En effet, **la très grande majorité des recettes de la CNSA provient de la contribution sociale généralisée (CSG), un prélèvement obligatoire qui se substitue aux cotisations prélevées sur les salaires**. Créée en 1990 par utilisation de l'article 49.3, elle concerne toute personne domiciliée en France et rattachée à un régime français de Sécurité sociale. Impôt hybride, la contribution s'applique sur les revenus d'activités (70 %) mais aussi sur les pensions de retraite, les revenus du patrimoine, de placements et de jeux. **La CSG est donc un financement de la Sécurité sociale par les ménages, excluant les entreprises de toute responsabilité et du partage des richesses.** Hormis la CSG, les recettes de la CNSA proviennent également de la *journée de solidarité* ou contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) : en contrepartie d'une journée travaillée mais non payée (généralement un jour férié de perdu), les employeur·ses versent une somme à hauteur de 0,3 % de leur masse salariale. Mais les sommes souffrent de la comparaison : **entre les 2,1 milliards d'euros que rapporte la CSA et les 28,5 milliards de la CSG, on voit bien qui est le plus mis à contribution entre les revenus des ménages et les revenus des entreprises…**

D'où vient l'argent géré par la CNSA en 2021 (32,5 milliards d'euros) ?



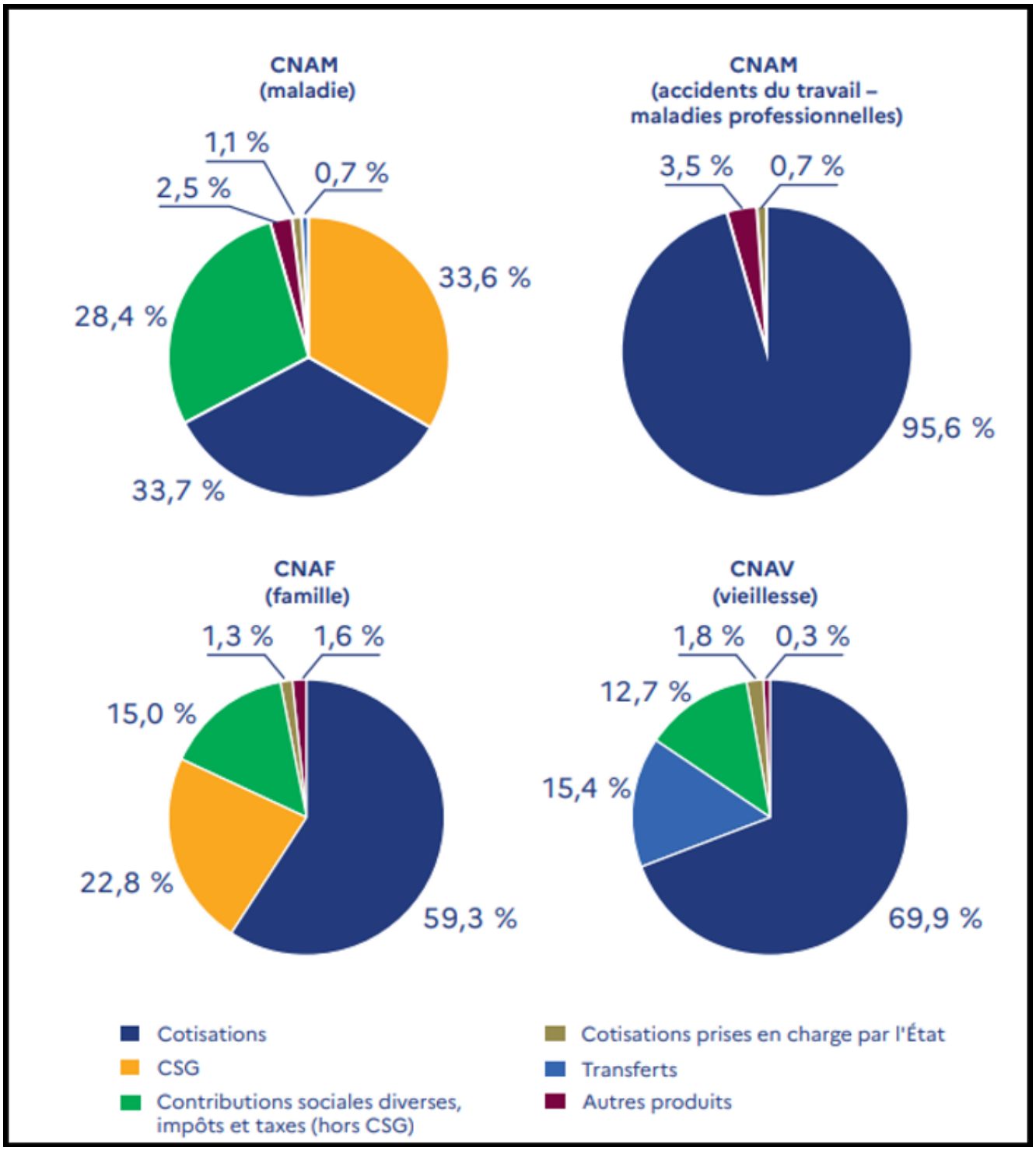
CASA Contribution additionnelle de solidarité : les retraités imposables reversent 0,3 % de leur pension de retraite à la CNSA.

CSA Contribution de solidarité pour l'autonomie : en contrepartie d'une journée travaillée mais non payée, les employeurs versent tous les ans une contribution de 0,3 % de leur masse salariale à la CNSA.

CSG Contribution sociale généralisée : impôt qui concerne l'ensemble des revenus des personnesrésidant en France (revenus d'activité, de remplacement, du patrimoine…).

Figure 15 : *L'Essentiel*, CNSA, 2021

Figure 16 : Commission des comptes de la Sécurité sociale, juin 2020



Hormis les problèmes posés par le financement de cette 5e branche, son pilotage pose autant de questions. La CNSA, créée initialement en 2004, est un établissement public alors en dehors de la Sécurité sociale et où dominent les représentants de l'état des collectivités territoriales. En effet, **la CNSA ne compte encore aujourd'hui que 6 représentant·es syndicaux·les sur 56 membres constituant·es au total.**

Pour la CGT, la prise en charge de la perte d'autonomie, que ce soit au domicile ou en établissement, doit être du ressort de la Sécurité sociale, liée aux cotisations sociales et assurée en intégrant « le droit à l'autonomie » dans sa branche maladie.

La perte d'autonomie doit être traitée de manière globale et nécessite une vraie politique publique articulant prévention, dépistage et prise en charge solidaire, avec un droit universel de compensation de la perte d'autonomie. C'est en ce sens que la CGT affirme la nécessité de renforcer l'universalité de l'assurance maladie et non de créer une 5e branche.

LES REVENDICATIONS DE LA CGT

L'égalité d'accès aux droits et le droit effectif à la non-discrimination

Chaque personne, qu'elle soit en demande d'emploi ou de stage, salariée, stagiaire, doit effectivement bénéficier d'une situation d'emploi, de formation et de travail sans discrimination. Pour cela, le droit à la non-discrimination (européen et français), globalement satisfaisant, doit être mis en œuvre de manière efficace en s'appuyant sur des moyens mobilisables et opposables. Tous les motifs discriminatoires doivent être combattus avec la même intensité, que la discrimination soit en lien avec le sexe, l'identité de genre, la situation de famille, l'origine sociale, l'origine nationale, l'origine ethnique (et culturelle), les convictions religieuses, les opinions politiques (ou idéologiques), l'activité syndicale, l'activité associative, l'activité mutualiste, la participation à la grève, l'apparence physique, l'orientation sexuelle, l'âge, l'état de santé, le handicap et les caractéristiques génétiques, le lieu de résidence…

Une véritable prise en compte de la pénibilité et de l'adaptation du travail à la personne

Le droit au départ à la retraite à taux plein, anticipé, pour les personnes en situation de handicap doit être amélioré. Les aménagements de postes doivent être renforcés, la médecine du travail doit pouvoir pleinement remplir ses fonctions. Les licenciements pour inaptitudes ne doivent plus être un outil de tri de la main-d'œuvre, ni une manière pour l'employeur·se de se dégager de sa responsabilité : ces licenciements doivent être interdits. L'inaccessibilité des lieux de travail ne doivent plus être un frein à l'emploi, les employeur·ses doivent rendre l'espace de travail accessible par tous. L'accès aux formations doit être développé pour permettre aux travailleur·ses handicapé·es de bénéficier de la protection du diplôme et de la qualification.

Une Sécurité sociale adaptée et qui réponde aux besoins

Aucun argument ne peut justifier que le montant de l'allocation adulte handicapé·e soit en dessous du seuil de pauvreté. L'AAH doit être revalorisé au minimum au niveau du Smic. La 5e branche est une aberration de la Sécu : elle doit être intégrée à la branche « maladie » au titre du soin, de l'autonomie et de la santé. Les moyens des MDPH doivent être renforcés pour qu'elles puissent être pleinement efficaces.

Aller vers de nouveaux droits

Les accompagnant·es familiaux·les, si elles et ils choisissent ce rôle, doivent pouvoir être accompagné·es, assuré·es et protégé·es le temps nécessaire, notamment économiquement. L'adaptation du poste de travail et la compensation financière doivent être un droit universel des accompagnant·es. Le rapport de force ne s'arrête pas aux portes des institutions et le droit des personnes en situation de handicap à l'autodétermination, au choix conscient et accompagnement social doit être réaffirmé. Enfin, il faut contraindre les entreprises à respecter les 6 %, et relever l'obligation d'emploi à 10 %. Une mesure nécessaire pour répondre aux besoins des travailleur·ses handicapé·es

la
cgt