

UNIVERSITÉ DE LIÈGE
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
ANNÉE ACADÉMIQUE 2015-2016



**LES IMPACTS D'UNE POLITIQUE RH DE GESTION DU HANDICAP SUR LE
PERSONNEL EN SITUATION DE HANDICAP :
LE CAS D'UN HÔPITAL PUBLIC**

PROMOTRICE : A. LEJEUNE

LECTEURS : F. SCHOENAERS

S. FONTAINE

Mémoire de fin d'études présenté par
Elisabeth GUILLAUME
en vue de l'obtention du diplôme de
Master en Gestion des Ressources Humaines, à finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Fruit d'un travail de recherches, de réflexion et de rencontres, ce mémoire est l'aboutissement de nos années d'études au sein de la Faculté des Sciences Sociales de l'Université de Liège.

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail.

Plus particulièrement, notre maître de stage et promotrice, Aude Lejeune, qui nous a guidée et conseillée tout au long de cette année et qui nous a permis de découvrir un sujet passionnant.

Nos lecteurs, Frédéric Schoenaers et Sébastien Fontaine, pour le temps et l'intérêt qu'ils vont consacrer à la lecture de ce mémoire.

Tous nos intervenants qui ont accepté de nous rencontrer et de nous consacrer du temps afin de répondre à nos questions lors des entrevues.

Notre famille et toutes les personnes qui ont relu et corrigé ce mémoire avec patience et encouragements.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE: MISE EN CONTEXTE	3
Chapitre 1. Le handicap	3
I. Définition du handicap	3
II. Modèles du handicap et politiques qui en découlent	5
III. Sens du handicap dans un collectif de travail	9
IV. Le handicap en chiffres	10
Chapitre 2. Les personnes handicapées dans l'emploi.....	11
I. Mesures favorisant l'intégration et le maintien à l'emploi des personnes handicapées.....	12
II. Limites à l'emploi des personnes handicapées	20
Chapitre 3. Les politiques du handicap en entreprise	23
I. Vision réactive du handicap	24
II. Vision proactive du handicap	25
Chapitre 4. Vulnérabilité des travailleurs handicapés.....	27
DEUXIÈME PARTIE: RENCONTRE AVEC LE TERRAIN.....	31
Chapitre 1. Démarche de recherche	31
I. Méthodologie.....	31
II. Phase exploratoire	32
III. Constitution d'un échantillon	33
IV. Réalisation des entretiens	34
V. Limites de la démarche.....	35
Chapitre 2. Identification de la politique de gestion du handicap.....	35
I. Intégration et maintien dans l'emploi des personnes handicapées.....	36
II. Analyse.....	43
Chapitre 3. Impacts sur le personnel handicapé.....	45
I. Confirmation du système bricolé.....	46
II. Travail : cause du handicap	49
III. Arrêt de travail.....	51
IV. Retour à l'emploi.....	54
V. Obstacles au retour à l'emploi	58
VI. Analyse.....	59
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	66
ANNEXES.....	69

INTRODUCTION

En Belgique, le handicap a fait l'objet d'une prise en charge progressive. C'est après la deuxième guerre mondiale et l'apparition des mutilés de guerre, que le législateur s'est soucié de l'intégration professionnelle des personnes handicapées. La question du handicap mêlée à celle de l'emploi s'est alors aiguisée progressivement par le biais de plusieurs dispositions légales.

En 2003, tous les Etats membres de l'Union européenne ont été appelés à adopter une législation nationale conforme à la directive européenne 2000/78 et à créer ainsi, un cadre de lutte contre les discriminations.

Il s'agit de la loi du 10 mai 2007 qui, en Belgique, interdit toute forme de discrimination notamment, sur base du handicap et de l'état de santé. Elle protège les personnes handicapées des discriminations dans l'emploi mais aussi dans d'autres domaines de l'espace public. La loi précise également l'obligation d'apporter des aménagements raisonnables à l'intention des personnes handicapées.

Les employeurs ont également l'obligation de respecter, pour les personnes handicapées, la rémunération normale. Ils doivent veiller non seulement au bien-être au travail de leurs employés mais également examiner les possibilités de reclassement au sein de l'entreprise, pour les travailleurs qui s'handicapent au cours de leur carrière professionnelle.

Une particularité est apportée au secteur public, afin de promouvoir l'emploi des personnes handicapées. Certains services publics ont l'obligation d'employer un certain nombre de travailleurs en situation de handicap. Ce quota d'emploi varie selon les différents niveaux de pouvoir.

C'est dans ce contexte légal, que notre travail de recherche a débuté. Tous ces dispositifs légaux orientent les entreprises et favorisent *a priori* l'emploi des personnes handicapées. Toutefois, la mise en œuvre effective de cette législation ne peut se faire, en entreprise, que via une politique des ressources humaines (RH) efficace en la matière. À travers ce cadre légal, comment les entreprises gèrent-elles le handicap et quels sont les impacts sur le personnel concerné ?

Notre enquête de terrain s'est réalisée dans un hôpital public de la Province de Liège, qui se qualifie de centre hospitalier régional (CHR). L'objectif premier a été de déceler la politique RH et les modes de gestion employés par cet hôpital, en matière d'insertion et de maintien à l'emploi des personnes handicapées. Le second objectif s'attellera d'identifier les impacts et les conséquences, de cette politique, sur le personnel handicapé de l'hôpital en question.

La première partie de ce travail, plus descriptive, nous permettra de mettre en contexte notre objet de recherche. Le concept de handicap sera préalablement défini et développé avant d'approfondir

la recherche. Les différents modèles seront exposés ainsi que quelques chiffres concernant le handicap. Ensuite, le handicap sera mis en relation avec le monde de l'emploi dans le chapitre 2 puis plus précisément avec les entreprises publiques dans le chapitre 3. Une attention particulière sera accordée aux travailleurs dont le handicap est survenu au cours de leur carrière.

La seconde partie de ce rapport sera consacrée aux informations récoltées sur le terrain par le biais d'entretiens semi-directifs. Elle sera divisée en trois chapitres. Le premier s'intéressera à notre démarche de recherche. Le second identifiera la politique RH, menée par l'hôpital, en matière de handicap. Et enfin, le troisième chapitre sera consacré à la dimension subjective des travailleurs handicapés du CHR.

Après avoir identifié les principales composantes de la politique de gestion du handicap dans l'hôpital public en question, nous analyserons les impacts de cette politique sur le personnel en situation de handicap. Notre objet de recherche sera donc en constante précision au cours de ce travail et dépendra directement du diagnostic établi quant à l'approche de l'hôpital en matière de handicap.

PREMIÈRE PARTIE: MISE EN CONTEXTE

Dans la première partie de notre travail, nous aborderons et présenterons les concepts clés permettant une meilleure compréhension de notre thématique de recherche.

L'objectif poursuivi dans cette partie n'est pas de développer l'ensemble des thématiques sur le sujet mais bien de proposer les informations nécessaires à la compréhension de la suite de ce travail et de notre objet d'étude. Ce recueil d'informations ne constitue donc pas un éventail complet ni exhaustif en la matière. L'ensemble des sources mobilisées se retrouveront dans la partie bibliographie pour ceux qui souhaiteraient un complément d'informations.

Chapitre 1. Le handicap

I. Définition du handicap

Il semble assez difficile de définir le concept de « handicap » puisqu'il n'existe pas de définition officielle ni univoque. Il fait référence à un groupe-cible très hétérogène qui mêle des notions sociales, juridiques, psychologiques et bien sûr médicales. Sa nature et ses diverses étiologies font toujours l'objet de recherches, ses définitions dans les textes à portée législative varient selon ses objectifs – lois anti-discrimination ou politiques sociales, et enfin, au niveau scientifique, il n'existe pas encore de consensus (Gardien, 2006).

Selon l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ), être handicapé, c'est être confronté à des difficultés à faire certaines choses, que la plupart des autres personnes sont capables de faire. Les situations sont extrêmement diversifiées, le handicap peut être dû à un problème mental, sensoriel, physique ou psychique. Il peut être lourd ou léger - unique ou multiple - visible ou invisible - accepté ou nié. Il peut être le fruit d'une malformation congénitale, d'un dysfonctionnement organique, d'une maladie, de séquelles d'un accident, etc.

Le handicap est aussi intimement lié à l'environnement, c'est pour cela que certains préfèrent le terme « personnes en situation de handicap ». Des éléments peuvent agir comme facilitateurs et réduire les difficultés comme des aménagements architecturaux et des techniques adaptées, des attitudes positives, des politiques qui soutiennent l'intégration des personnes handicapées, des politiques favorisant la diversité... D'autres éléments peuvent constituer des obstacles : des bâtiments inaccessibles aux personnes à mobilité réduite, des attitudes négatives, des préjugés ou encore, l'absence des services adéquats.

Malgré l'absence de définition officielle, la clarification du terme handicap semble être un vrai enjeu pour essayer d'appréhender la population concernée et de découvrir son ampleur.

Comment définir qui est handicapé et qui ne l'est pas ? La mise en œuvre d'une politique publique concernant les personnes handicapées ne peut se faire sans la délimitation d'un public cible et de frontières distinctes.

La Convention des Nations-Unies relative aux Droits des Personnes Handicapées (ratifiée par la Belgique en 2009) définit les personnes handicapées comme étant « des personnes présentant des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».

En Belgique, la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discriminations ne définit pas la notion de handicap mais on peut toutefois remarquer que le législateur belge a opté pour une approche large du handicap en incluant « tout trouble ou toute déficience physique, sensorielle, intellectuelle ou psychique qui peut entraver la participation équivalente de la personne dans les domaines d'application de la loi ». La loi n'impose donc pas un certain pourcentage d'incapacité ou une reconnaissance officielle d'un handicap, donnant droit, par exemple, à une allocation de personne handicapée.

Cependant, la Cour de Justice des Communautés Européennes a donné une interprétation du handicap : « une limitation résultant notamment d'atteintes physiques, mentales ou psychiques et entravant la participation de la personne concernée à la vie professionnelle ». La Cour insiste sur le fait que « pour qu'une limitation relève de la notion de « handicap », il doit être probable qu'elle soit de longue durée ». Le législateur a donc voulu opposer la notion de handicap avec celle d'« état de santé », qui fait référence à un état de courte ou de moyenne durée, dont on peut attendre une guérison dans un délai raisonnable.

Selon Gardien (2006), au niveau politique, en Europe, il existe une grande diversité de définitions du handicap qui soutiennent toute une série de divers traitements sociaux des personnes handicapées. Les compréhensions du handicap qui sous-tendent les lois anti-discrimination proposent une perspective très vaste, tandis que les compréhensions sur lesquelles se basent les politiques sociales sont nettement plus restrictives.

Ces diverses approches ne se concentrent pas sur les mêmes aspects : certaines se basent sur le type de déficience, d'autres prennent en compte les capacités restantes et les dernières se focalisent sur les incapacités au travail (Gardien, 2006).

Selon Levet (2007), ces tentatives de définition du handicap dépendent moins des caractéristiques « objectives » de la personne handicapée mais dépendent de la façon dont la politique sociale ou la politique d'emploi traduit ces caractéristiques soit de façon médicale ou de façon sociale. Selon que l'on considère la personne handicapée dans son environnement quotidien (besoin d'une assistance à domicile) ou dans son environnement professionnel (besoin d'un aménagement de poste

de travail), l'impact du handicap peut être très différent dans chacune des sphères (*ibid*). Un même handicap peut avoir des implications totalement différentes si l'on se place dans le milieu professionnel ou dans le milieu personnel.

Toutes ces approches se légitiment par la finalité recherchée, c'est pour cela qu'adopter une définition unique du handicap serait préjudiciable aux effets escomptés par la mise en œuvre de ces différents dispositifs (Gardien, 2006). « Nous mesurons donc à quel point une définition consensuelle du handicap relève probablement d'un projet chimérique. Il se pourrait même que figer le handicap dans une acception exclusive de toute autre, acception qui se voudrait définitivement vérité, soit une utopie préjudiciable pour l'avenir » (*ibid* : 53).

Levet (2007) insiste également sur l'impact concert et décisif de ces définitions. Adopter une seule et même définition du handicap semble être inadapté ou contreproductif pour appréhender le sujet.

II. Modèles du handicap et politiques qui en découlent

Levet (2007) expose deux manières différentes d'envisager le handicap :

Un modèle médical qui conçoit le handicap comme une caractéristique de la personne. Pour améliorer l'intégration de la personne handicapée, il faut donc corriger et compenser le problème et le handicap de la personne ;

Un modèle social qui considère le handicap comme un problème créé par la société. C'est l'inadaptation de l'environnement qui crée en quelque sorte le handicap ou qui le rend problématique.

a) Le modèle médical :

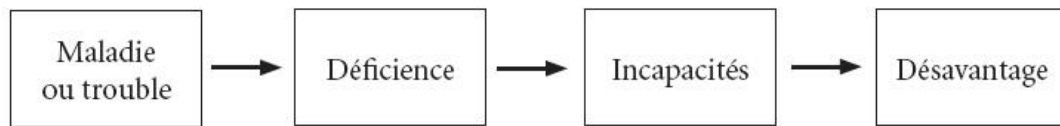
La définition médicale considère le handicap comme la résultante d'une déficience individuelle. Boudaoud (2008) qualifie cette conception médicale de linéaire :

Un diagnostic est d'abord réalisé afin d'identifier un trouble ou une maladie qui produit une altération des structures ou des fonctions du corps humain. Cette altération nommée « déficience » produit une « incapacité » d'accomplir une activité ou un rôle social, ce qui produit chez la personne un « désavantage » social. Il existe donc ici un lien de causalité linéaire entre la déficience et le désavantage (Boudaoud, 2008).

Dès que le médecin a identifié la déficience, la personne est alors considérée comme un patient avec une pathologie et elle intègre le monde des inaptes. Une prise en charge réparatrice est ensuite enclenchée. Des solutions sont alors envisagées pour améliorer son état de santé et pour

soulager son fardeau. Des soins, de la rééducation ou des interventions médicales sont prodigués dans le but de corriger l'anomalie (Boudaoud, 2008).

Figure 1 : Modèle linéaire du handicap



(Boudaoud, 2008 : 20)

D'après Boudaoud (2008), il s'agit d'un modèle individuel, qui considère l'évolution et l'amélioration de la situation sur base de l'état de santé de la personne. Tous les moyens sont mis en œuvre pour permettre à l'individu d'être le plus autonome possible et d'être « comme les autres » sans avoir constamment besoin d'un tiers. Ce modèle a permis plusieurs évolutions identifiées par Boudaoud (2008). Premièrement, la notion de déficiencie a entraîné le développement des soins de proximité comme les centres médicaux. Ensuite, la notion d'incapacité a permis l'amélioration des prises en charge dans les services de rééducation. Enfin, la notion de désavantage a développé toute une série de mesures et d'actions sociales.

Boudaoud (2008), qualifie cette conception médicale du handicap de stigmatisante. « Cette vision pathologique du handicap se confirme par la politique de l'institutionnalisation stigmatisante du handicap, confortant l'idée de la position stigmatisante quant à la reconnaissance et la considération accordées habituellement à une personne ordinaire » (Boudaoud, 2008 : 21).

Selon Heyer et al. (2013), la vision médicale du handicap se concrétise, sur le plan politique, en un modèle de protection sociale qui se concentre sur l'individualisation de soin et de traitement face à ce qui est considéré comme une anomalie. Le handicap est associé à la peur, à la pitié et à l'idée d'une responsabilité sociale dans l'aide des faibles et des dépendants. Il existe ici des notions de différence et de traitement séparé. Les personnes handicapées sont donc placées dans des institutions ségréguées qui fournissent des services séparés et adaptés à leurs besoins spécifiques. Elles sont maintenues dans un régime de protection sociale spécifique plutôt que d'être traitées sur un même pied d'égalité par rapport aux autres citoyens. L'exclusion des personnes handicapées est ici perçue comme la conséquence naturelle de leur handicap et non comme une discrimination.

Pour Boudaoud (2008), cette institutionnalisation du handicap exclut de la société les personnes handicapées dès leur plus jeune âge, ce qui rendra plus difficile leur insertion sociale ultérieure. Pour lui, cette conception réductrice du handicap comme unique conséquence d'une maladie ou d'un trouble tend à ignorer les droits et les besoins de la personne, à renforcer les stéréotypes et à marginaliser les individus en oubliant le rôle de l'environnement.

b) Le modèle social :

Le modèle social considère le handicap de manière situationnelle comme la conséquence d'une inadaptation de l'environnement et de discriminations exercées par la collectivité (Baudot et al., 2013). Selon Boudaoud (2008), cette nouvelle conception est apparue dans les années 1990 dans un souci de respecter pour la personne handicapée, les droits de l'homme, l'égalité des chances, la reconnaissance de la dignité, la participation effective en société et la qualité de vie. Ce nouveau modèle s'articule autour de trois dimensions, identifiées par Boudaoud (2008), qui redéfinissent la structuration du handicap. Premièrement, un diagnostic d'un problème de santé sur base des fonctions organiques et des structures anatomiques. Ensuite, une évaluation des capacités de la personne et la réalité de sa participation effective dans la vie en société. Et enfin, l'identification des obstacles de l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les personnes mènent leur vie.

La notion de « personne handicapée » glisse donc vers une notion de « personne en situation de handicap » (Baudot et al., 2013). Dans cette optique, le handicap d'une personne en fauteuil roulant, par exemple, n'est pas lié à son incapacité à marcher, mais au fait que l'aménagement urbain fait obstacle à sa mobilité et à son accessibilité (absence de rampes d'accès ou de plans inclinés) ou encore au fait qu'un employeur refuse de l'embaucher parce qu'il la juge moins apte au travail qu'une autre (*ibid*).

Figure 2 : Modèle multidimensionnel du handicap



(Boudaoud, 2008 : 24)

Sur le plan politique, il s'opère donc une mutation du dispositif d'accompagnement des personnes en situation d'handicap vers une logique de désinstitutionalisation. « Sortir de la logique institutionnelle et entrer par l'approche situationnelle du handicap suppose le repositionnement de la personne dans son environnement habituel de vie, le droit à la participation à la vie en société et implique une accessibilité universelle et la réduction des obstacles sociaux, physiques et attitudinaux » (Boudaoud, 2008 : 25).

Pour Heyer et al. (2013), il faut prôner une désinstitutionalisation des personnes handicapées et les intégrer dans une société transformée pour pouvoir les accueillir (rampes d'accès et ascenseurs, environnements de travail non-discriminants...). Heyer et al. (2013) évoque ici le modèle des droits

qui s'est développé en critique du modèle de protection sociale. Le modèle des droits considère le handicap comme la conséquence des propriétés handicapantes des environnements et des structures sociales. Au lieu de maintenir des voies parallèles et des institutions séparées, les politiques de handicap devraient se focaliser sur l'amélioration de l'accessibilité des différents environnements pour permettre une intégration des personnes en situation de handicap dans les institutions ordinaires. La société se veut inclusive et non exclusive.

Levet (2007) ajoute, que depuis quelques années, la prise en compte de cette nouvelle définition a pris de l'importance, les politiques sociales se fondent de plus en plus sur une vision du handicap en tant que produit par l'environnement. Beaucoup de campagnes favorisant l'accessibilité des lieux publics voient le jour, ainsi que des actions pour aménager l'environnement en général pour permettre aux personnes handicapées d'être incluses dans la vie sociale.

Bien qu'une prise de conscience ait lieu, Baudot et al. (2013), remarquent une persistance du modèle médical et une hybridation des modèles d'action. Selon eux, le passage concret du modèle médical au modèle social n'a pas encore été opéré, il existe encore une prise en charge institutionnelle des personnes handicapées tout en essayant de les inclure dans la société ordinaire. Le modèle social a déplacé la question du handicap d'une incapacité individuelle à une prise en considération collective.

En Belgique, en matière d'encadrement législatif, le handicap fait l'objet d'un traitement ambigu et quelque peu contradictoire mêlant modèle de protection sociale et modèle des droits. Il renvoie à la fois à des principes de non-discrimination et à un encadrement de type « discrimination positive » fondé sur l'obligation d'emploi et les quotas.

En 2001, l'OMS a introduit une nouvelle définition du handicap pour tenter de dépasser ces deux modèles. Cette définition dite CIF pour « classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé » propose une voie universelle à la notion de handicap et dit que « toute la population est menacée par les événements concomitants des maladies chroniques et du handicap ». Cette définition a fait évoluer la notion de handicap en intégrant l'environnement, l'évaluation des difficultés de la personne en situation réelle de vie et l'identification des obstacles à l'accessibilité (Boudaoud, 2008).

Levet (2007) relève que, face à cette prise de conscience, le retard du secteur de l'emploi est d'autant plus contrastant. Si l'on suit cette logique de handicap produit par l'environnement, alors la question suivante pourrait être posée : « et si c'était la mauvaise qualité de l'emploi qui générerait autant de situations de handicap ? » (Levet, 2007 : 54). Est-ce que le handicap est produit par le travail ? Selon Amira et Meron (2004), parmi les personnes qui déclarent un problème de santé ou un handicap, l'origine des problèmes de santé est une fois sur cinq attribuée au travail. Il semblerait que ce soit le plus souvent des problèmes de membres supérieurs, de dos et de cou mais aussi des problèmes d'ordre psychique.

Bonneton (2004) reprend même la définition générale du travail dans le Nouveau Larousse illustré de 1904 : « Application de forces qui produit la fatigue ». Celui qui travaille sera fatigué et deviendra donc handicapé, le travail engendre des handicaps. Selon Bonneton (2004), les femmes seraient plus vulnérables que les hommes et les non-cadres souffrent davantage. De plus, l'âge augmente la fragilité. C'est l'évolution des conditions de travail et les exigences de productivité toujours plus élevées qui génèrent les troubles de santé.

Chapelle (2004) fait le même constat : le travail rend bien malade et de différentes façons. Un handicap physique qui survient après un accident de travail ou une usure générale du corps due à un métier particulièrement pénible. A côté de ces souffrances physiques, se trouve la souffrance psychique au travail (*ibid*). L'excès de responsabilités ou le harcèlement moral au travail produisent une pénibilité psychique du travail. Certaines fonctions sont reconnues plus pénibles psychiquement que d'autres, comme le personnel de la santé qui est constamment confronté à la mort et aux traumatismes graves. Les professions qui détiennent trop de responsabilités sont également pointées du doigt comme les médecins ou les cadres supérieurs (*ibid*).

III. Sens du handicap dans un collectif de travail

Gardien (2006) analyse différentes situations concrètes de travail qui permettent de dresser une typologie des divers sens du handicap dans un collectif de travail. Trois types de situations sont exposés et produisent des compréhensions du handicap singulières.

Premièrement, la situation de travail dans laquelle le handicap n'existe pas aux yeux du collectif de travail. Un handicap reconnu et expertisé par une instance légitime n'est pas forcément perçu comme tel dans l'entreprise.

Gardien (2006) donne l'exemple des reclassements professionnels de travailleurs. Une personne qui présente une déficience ou une incapacité qui rend impossible la poursuite de son activité professionnelle, bénéficiera d'une reconnaissance de son handicap par une instance légitime, pourra ensuite être reclassée professionnellement et ainsi, retrouver un nouvel emploi plus adapté. Dans le cadre de cette nouvelle activité, en quoi la personne est-elle toujours handicapée ? (*ibid*). Il est important ici, de considérer que le handicap peut être présent dans une spécificité professionnelle donnée et absent dans une autre. Le handicap comporte un caractère discontinu lorsque le reclassement professionnel est réussi (*ibid*). Un autre exemple, concerne les personnes qui présentent des restrictions d'activité mais qui, dès leur recrutement, ont caché leur handicap à l'employeur et aux collègues. Certaines personnes handicapées peuvent largement développer des capacités de compensation et des stratégies d'évitement et peuvent ainsi passer sous silence leur limitation d'activité. Il est donc possible qu'un handicap soit inexistant dans une certaine situation de travail bien

qu'il ait été reconnu comme tel par une instance légitime. Le handicap n'existe donc pas seul, il est le produit d'une interaction entre une caractéristique corporelle et des facteurs environnementaux (*ibid*).

Le deuxième cas de figure exposé par Gardien (2006), est celui d'un travailleur compétent avec un handicap reconnu par l'entourage professionnel. Le handicap peut être alors oublié ou mis en avant par le groupe de travail, il peut être révélateur de peurs ou divulgateur d'obstacles socialement construits. Un handicap reconnu par un groupe de travail peut prendre plusieurs sens différents et dépendent de la nature du handicap et de l'équipe elle-même (*ibid*).

Le troisième exemple de situation de travail concerne le handicap reconnu par le collectif de travail et qui nécessite des aménagements pour permettre la productivité du travailleur (Gardien, 2006). Le cas le plus courant est celui d'une personne déficiente physique recrutée et qui bénéficie d'un aménagement de poste de travail pour restaurer les conditions d'efficacité du travailleur. Cependant, sa polyvalence reste assez limitée puisque l'aménagement de poste est par nature réservé à un seul poste (*ibid*). Ce manque de polyvalence peut entraîner une répétition des mêmes tâches ainsi qu'un ennui et d'une démotivation du travailleur. Les aménagements peuvent également prendre la forme de modifications d'horaire ou d'un temps partiel pour permettre au travailleur présentant une déficience une bonne insertion professionnelle accompagnée d'un bon niveau de productivité (*ibid*).

Être reconnu comme personne handicapée et être bénéficiaire de mesures visant à compenser le handicap n'implique donc pas d'appartenance identitaire ni d'être directement considéré comme travailleur handicapé (Gardien, 2006). Beaucoup de handicaps ne semblent pas exister aux yeux du collectif de travail. Cependant, être reconnu comme handicapé par le collectif de travail, semble au contraire, avoir plus d'importance dans le processus d'intériorisation de soi comme personne handicapée (*ibid*).

IV. Le handicap en chiffres

Il semble assez difficile de dénombrer le nombre de personnes handicapées en Belgique puisqu'il n'existe pas de définition ni de base de données officielle du handicap.

Selon Fohal (2013), il existe également très peu de données statistiques relatives à l'emploi des personnes handicapées. Une première approche consiste à interroger l'ensemble de la population et à leur demander de s'auto-évaluer. On demande par exemple aux citoyens s'ils présentent un handicap, une déficience ou une maladie qui les limite dans leurs activités ou leur travail. Quelques données intéressantes ont été tirées du module complémentaire à l'enquête sur les forces du travail et citées par Fohal (2013 : 232) :

« 16,5% de la population de 16 à 64 ans, déclarait avoir des limitations dues à son état de santé, à une maladie ou à un handicap,

Le nombre de personnes ainsi concernées augmente au fil des tranches d'âge,

14% des personnes qui déclaraient des limitations disaient les vivre depuis leur naissance, 15% depuis un accident, 48% depuis une maladie, 23% ne pas connaître l'origine du problème,

Un tiers des personnes déclarant avoir des limitations étaient reconnues handicapées par un organisme officiel,

42,5% avaient un emploi (contre 64,3% pour les personnes qui déclaraient ne pas rencontrer de limitations). Ce taux d'emploi de 42,5% situe la Belgique sous la moyenne de l'Union européenne (49,6%),

58% de celles qui n'avaient pas un emploi estimaient que leur handicap leur permettait pourtant d'en exercer un ».

D'après Fohal (2013), une deuxième approche consiste à récolter les données liées aux avantages sociaux ou des interventions (nombre d'accidentés du travail, de bénéficiaires d'allocations d'intégration, de bénéficiaires d'une aide à l'emploi...).

Suivant le rapport d'activités de l'AViQ en 2014, le nombre de demandeurs (personnes ayant introduit un ou plusieurs formulaires de demande d'intervention à l'AViQ) s'élevait à 25.395 contre 27.336 en 2013. 32,8% de ces demandes concernaient l'emploi et la formation.

Le nombre de bénéficiaires (personnes qui répondent aux critères d'intervention de l'AViQ et qui, à un moment ou l'autre de l'année, ont bénéficié de l'intervention de l'AViQ et/ou participé en tant que bénéficiaire à un projet pilote mis en place et soutenu par l'AViQ), quant à lui, s'élevait à plus de 47.000 dont 10.194 concernait les Centres de formation et d'insertion socioprofessionnelle adaptés et entreprises de travail adapté, et 6.509 concernait la formation et l'emploi en milieu ordinaire.

Il ne s'agit évidemment pas de chiffres représentatifs de la population belge puisque pour bénéficier des interventions de l'AViQ, il faut être domicilié sur le territoire de la Wallonie de langue française, avoir moins de 65 ans lors de l'introduction de la première demande d'intervention et présenter un handicap de 20% d'incapacité mentale ou 30% d'incapacité physique.

Chapitre 2. Les personnes handicapées dans l'emploi

Malgré qu'il ait été démontré que le travail soit source de handicap, le travail est également une manière de se valoriser socialement (Bonneton, 2004). Un sentiment d'admiration est accordé à une personne qui travaille tandis qu'un sentiment d'opprobre est associé à celui qui ne travaille pas (*ibid*). Toute une série de mesures favorisant l'emploi des personnes handicapées ont été mises en place afin d'améliorer leur intégration sociale. En effet, l'insertion professionnelle est souvent perçue comme un élément indispensable à l'insertion sociale. Le travail serait une activité sociale qui conférerait un sentiment d'appartenance, des occasions de liens, un moyen d'obtenir un statut, la

possibilité d'établir son identité sociale, une occasion de structurer son temps, mais il est aussi un moyen de surmonter tous les problèmes existentiels de l'être humain (Fox, 1980, cité par Barel & Frémeaux, 2010).

Gohet (2004 : 42), écrivait que « la société doit prendre conscience que le handicap est d'abord un atout plutôt qu'une charge. Il est créateur d'emplois pour l'accueil et l'accompagnement, il est incitatif à la découverte scientifique, en particulier sur le plan de la santé, ainsi qu'à l'évolution technologique. Il est créateur de liens. Les femmes et les hommes concernés, pourvu que leur environnement soit adapté, en particulier les lieux et les outils de travail, sont parfaitement en mesure de contribuer à la production et à la consommation ».

I. Mesures favorisant l'intégration et le maintien à l'emploi des personnes handicapées

L'insertion professionnelle des personnes handicapée débutera fin du 19^{ème} siècle, et évoluera fortement pendant la seconde partie du 20^{ème} siècle notamment par la création de législations contraignantes, des quotas d'emplois imposés aux entreprises dans les secteurs privé et public (plus tard, les quotas imposés aux employeurs privés disparaîtront).

En Belgique, seules les entreprises publiques sont aujourd'hui assujetties de ce quota d'emploi de personnes handicapées.

D'après Heyer et al. (2013), ces quotas instaurés dans le secteur de l'emploi tirent historiquement leur origine de cette tradition européenne d'après-guerre, de discrimination positive et de protection sociale des faibles, des plus démunis, des malades ou des mutilés de guerre. La personne handicapée était donc perçue comme faible, n'ayant pas les mêmes compétences qu'une personne valide et ayant subi les aléas de la vie collective. La société, dans un souci de solidarité, de charité et de responsabilité sociale, leur devait donc réparation et traitement de faveur (*ibid*). Dans sa traduction politique, ce modèle s'appuie sur des notions de différence et de traitement séparé ; les personnes souffrant d'un handicap sont donc placées dès leur plus jeune âge dans des écoles spécialisées et pourront intégrer plus tard des institutions d'emploi adapté. Elles sont donc éloignées du marché du travail dit « normal » (*ibid*). L'instauration de quotas dans le secteur de l'emploi public est aujourd'hui encore discutée : sont-ils considérés comme une sorte de traitement spécifique ou au contraire, permettent-ils l'intégration des travailleurs handicapés dans le marché du travail régulier ?

En Belgique, la législation du handicap se réfère à la fois au modèle des droits et au modèle de protection sociale puisqu'il existe encore un encadrement de type « discrimination positive » et des quotas d'emploi imposés aux organismes publics.

Cornet et Warland (2008) identifient différentes pistes d'action qui se réfèrent à ces deux modèles distincts. D'un côté, les actions basées sur l'égalité de droit et de l'autre côté, les actions basées sur l'égalité des chances et les actions et discriminations positives.

Premièrement, les dispositifs d'action basés sur le principe d'égalité de droit qui affirment que tous les individus sont égaux devant le droit. Les programmes d'action de ce type débouchent donc sur des lois et des règlements qui affirment les principes d'égalité de droit et sanctionnent tout comportement discriminatoire notamment au niveau du recrutement et de la sélection (Cornet & Warland, 2008). Ils s'assurent ainsi que chaque individu sera traité sur le même pied d'égalité indépendamment de ses caractéristiques individuelles sans rapport avec le poste à pourvoir. Ces mesures peuvent être caractérisées de préventives et peuvent prendre la forme, par exemple, de chartes, de codes de conduite ou de règlements intérieurs adoptés par les entreprises.

Ensuite, les dispositifs d'action basés sur le principe d'égalité des chances. Ce principe se base sur l'idée selon laquelle les individus possèdent ou non certains atouts qui sont répartis inégalement dans la population (Cornet & Warland, 2008). Des mesures sont alors mises en place pour permettre aux individus de compenser leur « handicap » pour se retrouver dans une situation équivalente aux autres (*ibid*). Elles peuvent prendre la forme d'actions positives comme par exemple, aménager les modalités d'un examen d'embauche pour permettre à des personnes handicapées d'y participer ou prendre la forme de discrimination positive (quotas) afin de rétablir l'équilibre pour un groupe considéré comme sous-représenté dans l'entreprise. Ces mesures peuvent être qualifiées de correctrices.

D'après Cornet et Warland (2014), ces pistes d'actions peuvent concerner un ou plusieurs thèmes de gestion des ressources humaines comme les pratiques de recrutement et de sélection du personnel (des descriptions de fonction par exemple), l'accueil et la socialisation, les conditions de travail (aménagement du poste de travail ou du temps de travail) et les rémunérations, l'évaluation du personnel et la gestion de la mobilité, les formations offertes,...

Dans l'ensemble des mesures favorisant l'emploi des personnes handicapées, il convient de distinguer celles qui portent sur le marché de l'emploi ordinaire et celles se rapportant à un marché de l'emploi protégé.

a) Le marché du travail protégé :

C'est dans cette optique d'aide à l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés que se sont développées, en Belgique ainsi que dans de nombreux pays de l'Union européenne, les entreprises de travail adapté. Ces ETA offrent un nombre important de places aux personnes handicapées voulant travailler. L'objectif de ce milieu protégé est donc l'intégration sociale et

professionnelle ainsi qu'un possible transfert des personnes handicapées vers l'emploi dit « ordinaire ».

Selon la SAW-B (Solidarité des Alternatives Wallonnes et Bruxelloises), on dénombre 68 ETA en Belgique francophone (55 en Wallonie et 13 en Région de Bruxelles-capitale). Depuis 1989, plus aucune nouvelle ETA n'a vu le jour et leur nombre a diminué depuis quelques années, suite à la faillite de plusieurs ETA et à la fusion d'autres.

De Beco (2013), remarque que ces ETA représentent un type de traitement séparé en faveur des personnes handicapées vu que les salaires, les heures de travail et les exigences sont moindres. Il semblerait que ces entreprises de travail adapté comportent certaines limites exposées par De Backer (2006) et expliquées ci-dessous.

Tout d'abord, leur existence-même est remise en cause puisqu'elles favorisent à écarter le travailleur handicapé de l'emploi « ordinaire », ce qui va à l'encontre des l'article 27 de la Convention internationale pour les Droits des Personnes Handicapées dont le but premier est de promouvoir la participation des personnes handicapées dans le marché du travail ordinaire (De Backer, 2006).

Deuxièmement, le nombre de places disponibles semble assez limité, la demande d'emploi excède très largement l'offre et les candidatures affluent (De Backer, 2006). Parallèlement, les ETA ont des difficultés à agrandir leur espace de travail et à réaliser de nouveaux investissements par manque de budget (*ibid*). Il semblerait aussi que les personnes les plus lourdement handicapées ne viennent plus se présenter dans ces entreprises. En effet, les travaux les plus simples disparaissent progressivement et il y aurait une tendance à embaucher des travailleurs moins handicapés (*ibid*). Selon l'AViQ, « la vocation sociale des premiers ateliers protégés les avait amenés à proposer à leurs travailleurs handicapés des activités essentiellement occupationnelles ou des travaux très simples. Aujourd'hui, l'économie a pris une place de plus en plus importante dans le secteur.

Les entreprises de travail adapté sont confrontées à des critères de rentabilité, de qualité, de respect des délais de production, etc. La professionnalisation du secteur, l'instauration du salaire minimum garanti, ont fait des ateliers protégés de véritables entreprises... ».

Il convient d'admettre que, même si l'exercice d'une activité professionnelle doit se faire dans la mesure du possible au sein du monde ordinaire du travail, certains types de handicap nécessitent obligatoirement un accompagnement spécialisé, le secteur protégé et adapté est là pour combler cette nécessité (Gohet, 2004).

b) Le marché du travail ordinaire :

L'Union européenne s'évertue à lutter contre toute forme de discrimination en adoptant diverses Directives. La Directive 2000/78/CE introduit le principe d'égalité de traitement dans

l'emploi et le travail indépendamment, notamment, d'un handicap. Elle interdit toute discrimination fondée sur la religion ou les convictions, le handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle dans le milieu du travail.

En Belgique, la directive a été transposée dans le droit belge au niveau fédéral par la loi du 10 mai 2007 et par des ordonnances et décrets aux niveaux régional et communautaire. L'article 27, §1 de la CDPH énonce le droit au travail des personnes handicapées sur un marché du travail ouvert et accessible à tous. Cet article prône la participation des personnes handicapées à « l'économie régulière ». Il va donc à l'encontre de cette ancienne tradition européenne de traitement séparé et de mise à l'écart sociale des travailleurs handicapés. Dans cette optique, la CDPH énonce toute une série de mesures qui permettraient de favoriser leur emploi.

Nous allons faire une distinction entre les mesures qui favorisent l'embauche des personnes handicapées et celles qui garantissent leur maintien dans l'emploi.

i. Embauche de personnes handicapées

Premièrement, tout ce qui représente des mesures de soutien qui incitent les entreprises à embaucher des personnes handicapées.

Le premier type de mesures, sont les subventions de salaire. Il s'agit donc d'un remboursement d'une partie du salaire de la personne handicapée. Pour déterminer le montant de cette prime, il faut évaluer l'impact du handicap sur l'emploi et l'organisation du travail de l'entreprise. Ces subventions de salaire permettent de palier à un éventuel déficit de productivité engendré par l'embauche d'une personne présentant un handicap et peuvent être accordées par l'AViQ sous forme de « primes de compensation ».

Le second type de mesure qui peut être dégagé, sont les mesures d'emploi assisté. Ces mesures encouragent l'engagement des personnes handicapées sur le marché du travail « normal » en leur proposant toute une série de formations professionnelles. En effet, comme le mentionne Blanc (2010), les personnes handicapées manquent, en général, de qualifications professionnelles pour entrer dans le monde du travail. L'AViQ propose notamment des « contrats d'adaptation professionnelle » qui permettent à l'entreprise de former le travailleur handicapé en situation réelle de travail, ainsi que des « contrats de formation en centre ». Ces formations sont, quant à elles, réalisées dans des centres de formation et d'insertion socioprofessionnelle adaptés (CFISPA) agréés par l'AViQ.

Un projet-pilote de soutien dans l'emploi a été lancé depuis 2005 par l'AViQ et soutenu par le Fonds social européen. Ce projet a pour but d'apporter une aide aux personnes handicapées mais aussi aux employeurs. Comme l'explique Fohal (2013), le handicap laisse les entreprises et les employeurs souvent désarmés : ils ne se sentent pas capables de gérer le handicap et d'y faire face, ils sont

démunis lorsqu'ils doivent par exemple, expliquer une tâche à un travailleur déficient intellectuel ou ils ne savent pas comment réagir pour ajuster des situations de travail.

D'un autre côté, certaines personnes handicapées rencontrent des problèmes pour trouver de l'emploi. Des « jobcoaches » spécialisés assurent donc un soutien intensif, individualisé, à long terme, dans des conditions ordinaires de travail, tant au travailleur handicapé qu'à l'entreprise qui l'emploie. Le « jobcoach » qui connaît le monde des entreprises, sert de facilitateur entre l'entreprise et le travailleur handicapé. Il aide le travailleur handicapé à trouver de l'emploi et à se maintenir à l'emploi sur le long terme. Il aide également l'entreprise à assumer ses responsabilités d'accueil, d'intégration et de formation du nouveau travailleur.

Les quotas d'emploi peuvent, eux aussi, être considérés comme des mesures de soutien puisqu'ils imposent aux entreprises publiques d'engager un certain nombre de travailleurs handicapés au sein de leur personnel. Dans les administrations fédérales, le quota d'emploi des personnes handicapées est fixé à 3% de l'effectif par l'Arrêté royal du 5 mars 2007. En ce qui concerne le Service public de Wallonie et les organismes d'intérêt public, le Code de la Fonction publique fixe actuellement le quota d'emploi des personnes handicapées à 2,5% de l'effectif prévu. Le même pourcentage est imposé aux Provinces, Communes et associations de Communes wallonnes par un Arrêté du Gouvernement wallon du 7 février 2013. Les Services du Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles sont également tenus par une obligation de quota de 2,5%, imposé par un Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 21 décembre 2000.

Enfin, toutes les mesures de promotion qui visent à casser l'image non-productive du travailleur handicapé. Selon Louvet et Rohmer (2006 : 63), afin de favoriser une meilleure participation des travailleurs handicapés à la vie sociale, il faudrait « sensibiliser les employeurs aux différentes formes de discrimination auxquelles les personnes handicapées sont exposées, [...] améliorer la communication à propos du handicap et promouvoir une représentation positive des travailleurs handicapés ». Il faut communiquer sur le handicap, sensibiliser et informer afin de faire lever les préjugés et créer un climat de confiance favorable à l'intégration des personnes handicapées.

ii. Maintien à l'emploi des personnes handicapées

Lorsqu'un handicap, une détérioration de l'état de santé, un accident de travail ou maladie invalidante survient au cours de la carrière et de la vie professionnelle d'un travailleur, il faut pouvoir le réintégrer ou le maintenir dans l'emploi. Selon l'AViQ, « si 20% des personnes handicapées le sont depuis leur naissance, 80% deviennent handicapées au cours de leur vie, notamment au cours de leur carrière professionnelle ». Les mesures favorisant le maintien dans l'emploi semblent donc primordiales au sein des entreprises.

L'employeur a l'obligation de chercher et d'envisager toutes les pistes et solutions pour maintenir à l'emploi dans son entreprise une personne présentant une déficience. En Belgique, c'est l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs qui régleme de manière générale les missions et les tâches de l'employeur et du conseiller en prévention – médecin du travail.

Pour Fohal (2013), l'apparition d'un handicap et son évolution peut poser problème. Trop souvent, la première réaction est de se séparer du travailleur (ou celui-ci se retire de son emploi), ce qui constitue un énorme gaspillage en matière de compétences et d'implications financières. Pourtant, l'impact d'une déficience peut être considérablement réduit par toute une série de mesures. L'employeur doit donc d'un côté, envisager les aménagements de poste lorsque la personne est encore apte à exercer ses fonctions. D'autre part, lorsque le travailleur n'est plus apte, un reclassement interne et un changement de poste s'imposent.

Les aménagements raisonnables permettent aux personnes handicapées de se maintenir en emploi. Ils peuvent prendre la forme d'adaptations techniques ou organisationnelles, par une réorganisation du travail ou des formations complémentaires. Les Etats doivent « faire en sorte que des aménagements raisonnables soient apportés aux lieux de travail en faveur des personnes handicapées » (article 27, §1, i) de la CDPH).

Le terme « raisonnable » se réfère au caractère nécessaire, approprié et proportionné, que doit comporter l'aménagement. Ces aménagements peuvent être matériels (aménagements de poste de travail par exemple) ou immatériels (aménagements de l'horaire et des heures de travail, pauses supplémentaires, aide des collègues). Ces aménagements peuvent être financés par l'AViQ sous forme d'aides à l'emploi.

Il existe également une obligation légale de reclassement professionnel des travailleurs inaptes imposée aux employeurs. Cette obligation de reclassement s'inscrit dans un véritable droit au maintien à l'emploi (Fantoni-Quinton, 2010). L'inaptitude médicale au travail ne constitue donc plus un cas de force majeure qui justifiait une rupture de contrat par l'employeur sans indemnités. Quelques précisions concernant le champ d'application de l'obligation de reclassement peuvent être émises (*ibid*).

Fantoni-Quinton (2010) affirme que c'est l'avis pour inaptitude au travail émis par la médecine du travail qui constitue le point de départ à l'obligation de reclassement. Le médecin du travail confronte donc les capacités du travailleur avec les contraintes de son poste de travail, c'est la seule personne habilitée à ce rôle. Son rôle n'est en aucun cas de rechercher des solutions de reclassement puisqu'il ne dispose pas d'une vision globale de l'ensemble des postes dans l'entreprise. Le médecin du travail émet donc des recommandations et des indications sur l'inaptitude du travailleur que l'employeur a l'obligation de suivre. C'est donc à l'employeur de rechercher une solution de

reclassement qui soit, dans la mesure du possible, aussi proche en statut et en rémunération que la fonction précédente. L'employeur doit envisager toutes les solutions possibles comme des mutations, transformations de poste ou aménagement du temps de travail (*ibid*). Si l'employeur ne trouve aucune solution, c'est à lui de prouver qu'il a effectué de manière sérieuse toutes les démarches possibles.

Plusieurs étapes clés du retour du travailleur dans l'entreprise après une incapacité de travail sont exposées par Dujin et Maresca (2010).

Il y a d'abord la période pendant laquelle le travailleur est en arrêt maladie ou en incapacité de travail pour une période plus ou moins longue. Pendant cette période, le travailleur peut ou non garder contact avec l'entreprise pour prévoir son retour à l'emploi.

Arrive ensuite, le retour au travail qui doit se faire par la visite de reprise réalisée par la médecine du travail pour s'assurer que le travailleur peut effectivement reprendre son activité professionnelle. Si le médecin du travail émet des restrictions d'aptitude ou une déclaration d'inaptitude au poste occupé, il y aura, dans un troisième temps, une adaptation ou un changement de poste voire un reclassement.

Ces différentes étapes mobilisent des acteurs divers de l'entreprise tels que les ressources humaines, la médecine du travail et éventuellement le service social (Dujin & Maresca, 2010). La gestion du retour du travailleur doit être prise en charge par les ressources humaines mais aussi par le collectif de travail. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une gestion à chaud, effectuée au plus près du travailleur qui revient au travail, par son collectif de travail et moins par les ressources humaines (*ibid*).

Un problème évoqué par Dujin et Maresca (2010), est le manque de communication entre le travailleur et l'entreprise pendant sa période d'absence. L'entreprise ne peut donc pas anticiper le retour à l'emploi du travailleur. Les seuls contacts que le travailleur garde pendant son arrêt sont ceux avec ses collègues de manière informelle.

Dujin et Maresca (2010), affirment que les obligations légales qui impliquent des actions de maintien à l'emploi doivent se trouver dans le quotidien des services de gestion des ressources humaines, mais que les pratiques en la matière peuvent être très différentes.

Les auteurs prennent l'exemple d'une entreprise qui aurait mené des actions en faveur de l'intégration des personnes handicapées et qui s'acquitterait de son obligation de reclassement sans pour autant avoir mis en place une politique globale en la matière. Le maintien à l'emploi reste, pour les employeurs, une notion assez abstraite, ce qui limite considérablement sa traduction dans les politiques de ressources humaines (Dujin & Maresca, 2010).

Très peu d'entreprises et de services de gestion des ressources humaines ont formalisé une procédure claire et formalisée de retour à l'emploi ainsi que les outils correspondants (excepté le

temps partiel thérapeutique) (Dujin & Maresca, 2010). L'espace de soin et celui du travail sont donc trop souvent séparés et il n'existe presque aucun espace d'échange et de concertation entre ces deux instances.

Un autre frein au retour à l'emploi identifié par Dujin et Maresca (2010) est la difficulté des médecins du travail à convaincre un travailleur inapte à se faire reconnaître comme travailleur handicapé par une instance légitime. Les travailleurs ne souhaitent pas être stigmatisés à travers ce statut et ne peuvent donc pas bénéficier des différents instruments qui permettent le retour à l'emploi.

Certaines variables semblent favoriser ou freiner le retour à l'emploi du travailleur et la manière de gérer ce retour (Dujin & Maresca, 2010).

Le type de handicap et l'âge du travailleur peuvent entraîner des situations de retour différentes. Les travailleurs les plus âgés auraient moins de chance de bénéficier des mesures de maintien à l'emploi. « À partir de 57 ans, les médecins du travail ne privilégient plus la réinsertion dans le travail mais cherchent les voies de sortie les plus favorables » (*ibid* : 49).

La qualité des relations entre le travailleur inapte et son collectif de travail sont aussi à prendre en compte, plus le travailleur est intégré et conserve de bonnes relations avec ses collègues et supérieurs, plus son retour serait aisé (Dujin & Maresca, 2010). Plus il est considéré comme un « bon travailleur » par ses collègues et supérieurs, plus les efforts mis en œuvre pour retour au travail seront importants.

Les différents modes de gestion de retour à l'emploi adoptés par les entreprises ont également un rôle fondamental ainsi que toutes les pressions relatives à l'exigence de productivité des entreprises. Une meilleure concertation et communication entre les médecins du travail et les services des ressources humaines semble également être un point important dans le retour à l'emploi, qui pourrait mener à la création d'une culture partagée de l'adaptation de poste et du reclassement professionnel (Dujin & Maresca, 2010).

Enfin, selon Dujin et Maresca (2010 : 56), on peut classer les entreprises selon trois types d'approches du maintien à l'emploi.

« L'approche « volontariste », tout d'abord, dont la politique de réinsertion repose sur un consensus des acteurs et fait partie du statut autant que de l'image sociale de l'entreprise ; l'approche « négociée » ensuite, où le dynamisme de la représentation des grands handicapés impose à la direction un comportement proactif en matière de réinsertion ; l'approche « contrariée » enfin, où la politique de réinsertion est, aux yeux de la direction et éventuellement de la représentation du personnel, un enjeu secondaire dans l'ensemble des politiques sociales de l'établissement, et sous contrainte d'autres priorités ».

II. Limites à l'emploi des personnes handicapées

Malgré toutes les mesures et législations favorisant la participation au travail des personnes handicapées et l'obligation d'emploi qui semble désormais bien ancrée dans le chef des employeurs, la crise économique et budgétaire rend difficile de concilier l'obligation d'emploi des personnes handicapées et restrictions budgétaires (Guevel & Roussel, 2015).

Comment concilier la situation paradoxale de contraintes budgétaires et quelques fois, de suppression de postes avec celle de l'embauche de personnes handicapées ? (Guevel & Roussel, 2015). La productivité et la charge de travail accrues dans la plupart des entreprises rendent la situation d'autant plus difficile.

Comme l'expliquait l'OCDE dans son rapport de 2003, il existe aussi d'autres obstacles : « les mentalités jouent probablement un rôle important. Les taux d'emploi des personnes en situation de handicap sont par exemple très faibles, même lorsque le handicap est léger. Mais les personnes en situation de handicap peuvent également se heurter à des obstacles culturels et organisationnels. Et prendre en compte ces différents facteurs non financiers dans le cadre d'une approche intégrée et multidimensionnelle pourrait faciliter le retour à l'emploi » (cité par Guevel & Roussel, 2015 : 25).

Les obstacles qui se dressent face à l'emploi des personnes handicapées peuvent donc être d'ordre culturel, comme par exemple, une entreprise qui ne se sent pas concernée par la cause ou encore, les préjugés et les méconnaissances sur le handicap.

D'autres difficultés, exposées par Naschberger (2008), peuvent être d'ordre organisationnel si l'environnement de travail n'est pas adapté au type de handicap par exemple. Sans un travail d'ergonomie, l'entreprise peut créer elle-même du handicap et des troubles musculo-squelettiques. Des obstacles supplémentaires peuvent être d'ordre économique ou conjoncturel lorsque le contexte économique est défavorable ou en période de crise économique (*ibid*). Les dernières difficultés seront d'ordre managérial ou politique lorsque les procédures internes quant aux politiques RH sont inadaptées aux travailleurs handicapés (*ibid*). Le manque de dialogue et de concertation entre les différents partenaires sociaux (DRH, médecin du travail) constituent également une entrave à l'emploi des personnes handicapées (*ibid*).

Aujourd'hui, il semblerait que le taux d'emploi des personnes handicapées reste encore trop faible en Belgique. En effet, selon l'AViQ, le taux d'activité dans la catégorie des travailleurs atteints d'un handicap ou d'une maladie chronique s'élevait à 42,5% en 2002, mais n'était plus que de 36,2% en 2012. Selon l'Eurostat, en Belgique, seules 40% des personnes handicapées disposent d'un emploi, en 2015. Alors que le taux d'emploi des personnes sans handicap est de 66,9%. Plusieurs raisons pourraient expliquer cette situation. Ces raisons pourraient être résumées par une inadéquation entre offre (les personnes handicapées) et la demande (les employeurs) de travail.

Une première cause peut être dégagée : le non-respect des quotas d'emploi reste impuni en Belgique. Une entreprise publique qui n'atteindrait pas le quota d'emploi qui lui est imposé, ne sera pas sanctionnée.

Un deuxième aspect crucial concerne le manque de qualification professionnelle des personnes handicapées (Blanc, 2010). La population handicapée reste relativement moins diplômée. Il existe donc un écart entre le niveau de formation des personnes handicapées et le niveau de formation recherché par les employeurs.

En France par exemple, « les trois-quarts des travailleurs handicapés ont un niveau de formation égal ou inférieur au niveau Cap-Bep¹ » (Blanc, 2010 : 16). Les travailleurs handicapés manquent cruellement de compétences professionnelles, ce qui n'encourage pas les employeurs à les engager.

Levet (2007) pointe la formation initiale des travailleurs handicapés insuffisante. « Pour les jeunes présentant une déficience depuis l'enfance, les choix scolaires peuvent s'avérer contraignants par la maladie ou le handicap et perturber significativement la formation initiale (niveau atteint mais aussi choix de la filière). Pour les plus âgés, c'est la catégorie socioprofessionnelle – elle-même corrélée au niveau de formation initiale et au secteur d'activité – qui cristallise les difficultés et non pas la seule insuffisance de formation » (Levet, 2007 : 60).

De plus, selon Blanc (2010), un travailleur handicapé n'entre pas dans ce profil de main-d'œuvre mobile et rentable recherché par les employeurs dans un marché de plus en plus concurrentiel. Levet (2007), pointe une sélectivité du marché de l'emploi de plus en plus accrue et qui a pour conséquence la faible employabilité des travailleurs handicapés, même les plus compétents, et leur surexposition au chômage.

Blanc (2010), conclut en ajoutant que l'augmentation et l'évolution des emplois à haute responsabilité ou à haute qualification ne fait qu'empirer la situation. Les travailleurs handicapés restent donc structurellement éloignés d'un marché du travail de plus en plus précaire. Les travailleurs handicapés évoluent dans un « sous-marché » de l'emploi, marqué à la fois par la nature des contrats de travail et par les filières professionnelles (Levet, 2007).

La difficulté des personnes handicapées à rentrer sur le marché de l'emploi s'explique également, selon Levet (2007), par le manque de compétences collectives détenues par les entreprises pour recruter et intégrer des collaborateurs « différents ». Les entreprises sont souvent mal préparées à accueillir un travailleur handicapé. Les compétences spécifiques requises ont du mal à exister et à être développées puisqu'elles ne concernent que 2 ou 3% du personnel. « Les entreprises ne disposent

¹ Les CAP et BEP sont des diplômes de l'enseignement professionnel de niveau V. L'objectif du CAP est de donner une qualification propre à l'exercice d'un métier. Le BEP confère une qualification professionnelle d'ouvrier ou d'employé qualifié.

généralement pas d'un savoir-faire collectif, réparti entre les différentes parties prenantes : service de recrutement, managers concernés, équipes d'accueil, etc. » (Levet, 2007 : 65).

Comme le présente Blanc (2010) dans son texte, cette difficulté chronique des employeurs à embaucher des travailleurs handicapés correspondant à leurs attentes et à leurs besoins, et cette difficulté à respecter les quotas d'embauche, va être en quelque sorte « résolue » par le reclassement interne. Les employeurs semblent trouver de plus en plus d'intérêt à maintenir à l'emploi des personnes embauchées, ayant des difficultés ou étant devenues handicapées. En effet, le nombre de personnes qui bénéficient de mesures de maintien à l'emploi ne cesse d'augmenter. Il existe donc une tendance des employeurs publics à se mettre en conformité avec les textes et les obligations de quotas grâce au reclassement interne. Les employeurs prennent conscience que dans leur entreprise, il existe un potentiel de travailleurs qui pourraient être reconnus officiellement en tant que travailleur handicapé et qui pourraient, à ce titre, faire partie du quota d'emploi dont les entreprises publiques sont assujetties.

Blanc (2010) développe sa pensée et nous explique que la vie sociale et économique produit de plus en plus de personnes handicapées : l'augmentation du rythme de travail crée des employés usés qui souffrent de maux physiques ou psychologiques, le vieillissement de la population, les maladies ou les accidentés de la route ou du travail ne cessent de croître. Au départ sain et protecteur, le reclassement interne semble ne devenir qu'un outil pour permettre à l'employeur public de se conformer à l'obligation de quota, soutenu par les syndicats soucieux de la protection et du bien-être de leurs affiliés. « Conséquence ultime de ce mouvement, les travailleurs devenus handicapés, du fait des contraintes de la division du travail et de l'âge par exemple, constitueront le quota, empêchant ainsi les travailleurs handicapés non occupés de bénéficier d'une procédure qui pourtant leur était réservée » (Blanc, 2010 : 18). Si cette tendance ne cesse de s'amplifier et si les quotas d'emploi ne sont atteints que grâce uniquement à des personnes devenues ou devenant inefficaces, les conséquences pourraient être désastreuses pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

Un autre obstacle s'ajoute à ceux précédemment cités : les préjugés et les croyances négatives sur le travailleur handicapé qui se dressent face à leur embauche et qui créent de la discrimination. La personne handicapée pourrait être perçue comme moins productive et comme coûtant plus d'argent qu'elle n'en rapporte, même si, selon De Beco (2013), le contraire a été prouvé. Dans une de leur recherche, Louvet et Rohmer (2006), soulèvent que le handicap est systématiquement déterminant dans le processus d'embauche, il existerait donc encore un phénomène discriminatoire indéniable. Cependant, la perception des personnes handicapées n'est pas forcément négative. Elles peuvent être perçues, lors d'un entretien d'embauche, comme spécialement volontaires et courageuses (*ibid*). Toutefois, cette survalorisation porte sur des traits de personnalité de la personne handicapée et non sur ses compétences professionnelles, ce qui n'est cependant pas forcément positif sur le marché du travail. Lorsque la personne handicapée présente, par contre, les compétences

professionnelles requises, elle est alors vue comme exceptionnelle et « sortant du lot ». Elle est jugée comme non-représentative de son groupe d'appartenance.

De plus, d'après Louvet et Rohmer (2006), il existerait des postes moins accessibles aux personnes handicapées. Ce phénomène résulterait de l'ensemble des stéréotypes sociaux largement partagés sur les personnes handicapées et sur certains types de poste. En effet, une personne en chaise roulante sera plus facilement acceptée pour un travail de bureau, par exemple, plutôt que pour un travail de vente. Il existerait donc « une incompatibilité entre le stéréotype de la personne handicapée et celui du vendeur » (Louvet & Rohmer, 2006 : 51), et donc des postes moins accessibles puisque les attentes liées à ces postes sont perçues comme incompatibles avec l'image du handicap. Les barrières qui se dressent ici face à l'accès au travail des personnes handicapées sont des barrières sociales liées à des croyances, attentes, perceptions et représentations négatives. Les personnes souffrant d'un handicap ont donc significativement moins de chances d'être embauchées sur le marché du travail ordinaire que leurs concurrents « valides » ayant le même profil (*ibid*).

Chapitre 3. Les politiques du handicap en entreprise

Face à une société de plus en plus diversifiée, les entreprises et les services des ressources humaines se doivent de trouver des solutions (Barel & Frémeaux, 2010). Les DRH ne peuvent plus se contenter de remplir l'obligation de quota qui leur est imposée, la pression législative les oblige maintenant à élaborer une politique d'intégration et de maintien à l'emploi des personnes handicapées (*ibid*). Pourtant, malgré que les entreprises publiques soient généralement parfaitement au courant de ce constat, nombreuses sont celles qui satisfont à cette obligation de quota sans pour autant l'utiliser pour élaborer de politique sociale globale sur le handicap. Diverses pratiques employées par les entreprises en matière de handicap peuvent être mises en lumière.

Ces pratiques des entreprises face au handicap peuvent différer selon plusieurs critères. Ces critères, identifiés par Levet (2007), concernent le contexte interne de l'entreprise (l'existence ou non d'une charte d'entreprise identifiant toute une série d'engagements spécifiques vis-à-vis de certains publics-cibles), le contexte d'emploi, le contexte amont (démarches de sensibilisation interne en matière de handicap,...), les objectifs chiffrés de recrutement et de quotas, le processus de recrutement, l'intégration et la gestion des carrières. Grâce à ces critères, il est possible de dégager et de classer trois types de politiques utilisées par les entreprises (Levet, 2007 : 66) :

Le type « discrimination positive » : marqué par des objectifs et des obligations de quotas. Cette catégorie n'est pas forcément marquée par une vision élargie du recrutement des personnes handicapées.

Le type « la normalité ++ » : les travailleurs handicapés ne font l'objet ni d'objectifs ni de démarches spécifiques de recrutement, approche ici universaliste : seules les compétences comptent, le handicap ne constitue pas une différence.

Le type émergent d' « adaptation à la diversité » : il est à la fois inspiré du type précédent et d'une approche de type social et caractérisé par une politique de cas par cas et un effort d'intégration du handicap dans les processus « normaux » de l'entreprise. Le handicap va alors se fondre dans l'organisation du travail.

Cornet et Warland (2014) identifient un quatrième type d'entreprise : les entreprises qui nient le problème du handicap et qui adoptent une attitude dite « de l'autruche ». Ce type d'entreprise considère qu'elle n'a pas à agir dans le champ d'action du handicap au travail, que la diversité s'installera dans les entreprises de manière naturelle et que les individus n'auront pas de difficultés à s'intégrer dans l'emploi. Les nombreuses plaintes pour discrimination et les difficultés que rencontrent les travailleurs handicapés pour trouver et rester dans l'emploi, montrent que cette stratégie est inadaptée à la réalité (*ibid*).

Ces différentes politiques du handicap s'inscrivent soit dans une vision réactive ou proactive adoptée par l'entreprise.

I. Vision réactive du handicap

D'après Cornet et Warland (2014), les stratégies d'action réactives visent essentiellement à répondre à un problème concret rencontré dans l'organisation, à réduire les dysfonctionnements et tensions liés à une main-d'œuvre de plus en plus hétérogène et à se soumettre aux lois et règlements. Pour Point et al. (2010), l'approche réactive correspond uniquement à répondre à l'obligation légale d'emploi des personnes handicapées. Ce type de vision correspond à des entreprises n'ayant pas de politique structurée en faveur de l'intégration et du maintien dans l'emploi des personnes handicapées (*ibid*).

Point et al. (2010) prennent l'exemple d'une entreprise qui emploie des personnes handicapées dans une démarche uniquement de réponse à l'obligation légale et de faire progresser le taux d'emploi. Ce type d'entreprise embauche des personnes handicapées principalement sur base de leur handicap. Les compétences et savoir-faire de la personne sont considérés comme secondaires. « Certaines entreprises vont jusqu'à développer des partenariats spécifiques pour attirer davantage de personnes handicapées ; le caractère du « handicap » les intéresse au regard de l'obligation légale, et donc de leur quota » (Point et al., 2010 : 300). De plus, une entreprise qui respecte son quota d'emploi, améliore son image de marque qui va lui permettre de développer un avantage concurrentiel. Seul le fait de promouvoir le handicap afin d'acquérir une certaine légitimité intéresse ces entreprises (*ibid*).

Le reclassement professionnel ou l'aménagement de poste peuvent être considérés, eux aussi, comme une sorte de compensation réactive (Héas, 2010). Plus particulièrement lorsque la pénibilité au travail a été attestée par une détérioration de l'état de santé du travailleur en raison de ses conditions de travail. En effet, qu'on aménage le poste du travailleur ou qu'on le reclasse vers une fonction moins pénible, ces solutions visent uniquement à réparer et à compenser une situation de travail pénible et non à modifier les conditions générales de l'activité de travail risquée. L'objectif ici est bien de réparer et non de prévenir les risques liés au travail (*ibid*).

Cette stratégie réactive entache la vision positive de la gestion de la diversité puisqu'elle se construit essentiellement à partir de « problèmes » (Cornet & Warland, 2014).

II. Vision proactive du handicap

Les entreprises qui adoptent une vision proactive du handicap ont pour objectif la mise en œuvre d'une véritable politique du handicap qui se mobilise autour d'objectifs sociaux (responsabilité sociale et lutte contre les discriminations) et qui créera de la valeur ajoutée interne et externe à l'entreprise (Cornet & Warland, 2014). Cette politique du handicap ne s'élabore pas du jour au lendemain, Point et al. (2010) identifient deux types de démarches.

Les actions d'intégration qui sont réalisées sur mesure et qui ont impliqué de nombreux acteurs de l'entreprise (médecin du travail, manager, service RH...). La culture d'entreprise peut bien entendu, être adaptée et rendue ouverte à la problématique du handicap, les politiques de formation peuvent être renouvelées et adaptées aux personnes handicapées, le poste de travail peut être repensé, les systèmes de recrutement et de sélection revus ainsi que le système de management (Klimoski & Donahue, 1997, cités par Point et al., 2010). Ces adaptations et modifications dépendent de la taille et des ressources de l'entreprise mais aussi du type et de la lourdeur du handicap. Ces actions vont permettre de redéfinir les processus de recrutement et de maintien dans l'emploi des personnes handicapées afin de permettre leur intégration durable dans l'entreprise.

Dans un deuxième temps, il s'agit d'assurer l'intégration durable des travailleurs handicapés pour qu'une fois embauchés, ils bénéficient des mêmes opportunités de carrière, d'évolution et de mobilité que les personnes valides, à compétences égales (Point et al., 2010). Les pratiques de management nécessitent d'être revues afin de cibler les pratiques qui auraient pu être à l'origine de situations problématiques à l'intégration des personnes handicapées. C'est dans cette optique d'intégration pérenne des personnes handicapées en entreprise, que se sont développées les démarches de diversité en entreprise.

La gestion de la diversité peut se définir comme un ensemble « des politiques et des outils de gestion qui visent à répondre à certains défis posés actuellement aux gestionnaires des entreprises et des organisations, mais aussi aux acteurs du monde politique et du secteur associatif, confrontés à

l'exclusion sociale et à la nécessité d'augmenter les taux d'insertion socioprofessionnelle de certains publics » (Cornet & Warland, 2008 : 7). Elle peut être également définie plus précisément comme « la mise en œuvre d'une politique de gestion des ressources humaines qui s'inscrit dans les principes d'égalité des chances et de traitement de tous les travailleurs et de lutte contre toutes les formes de discrimination ; vise à offrir à chacun et chacune des opportunités d'emploi et de carrière en lien avec ses compétences et ses aspirations ; permet à l'entreprise d'améliorer ses processus internes (efficience) et sa performance (efficacité) en tirant le meilleur parti de la diversité de la main d'œuvre disponible dans son bassin d'emploi » (Cornet & Warland, 2014 : 11). Les actions concernées par la gestion de la diversité sont très variées, elles peuvent viser l'égalité hommes-femmes en entreprise, la participation à l'emploi des personnes handicapées, l'intégration professionnelle des personnes d'origine étrangère, la gestion des âges en entreprise mais aussi la lutte contre les discriminations dans l'emploi à l'égard de la communauté LGBT ou des discriminations liées à l'apparence physique.

La logique qui soutient la gestion de la diversité est une logique de différenciation avec une valorisation des différences de chacun (Cornet & Warland, 2008). Les politiques de gestion de la diversité partent du principe que la diversité des comportements, des idées, des attitudes et des valeurs créent de la valeur ajoutée pour les entreprises. Les individus sont donc intégrés dans le groupe dans le respect des différences et des spécificités de chacun, intégration qui va apporter un enrichissement mutuel et de nouvelles opportunités (*ibid*).

Les raisons d'adopter, pour une entreprise, une politique de gestion de la diversité sont multiples mais peuvent être classées dans deux groupes distincts, exposés par Cornet et Warland (2008). D'un côté les raisons économiques et d'autre part, les raisons sociales. Les logiques économiques sont généralement appelées « business case », tandis que les logiques sociales sont retraduites sous le terme de « social justice case ».

Les logiques économiques répondent à la recherche d'une plus grande performance financière dans l'organisation. Elles peuvent prendre quatre formes différentes expliquées par Cornet et Warland (2008). Tout d'abord, une volonté de plus d'efficacité de l'entreprise pour mieux remplir ses buts de mission. En ayant du personnel correspondant aux clients et usagers de plus en plus diversifiés, l'entreprise pourra leur offrir des produits et services adaptés. Ensuite, une recherche de plus d'efficience en valorisant les ressources humaines et les compétences internes et externes. Il existe également une volonté chez les entreprises de respecter les lois et directives nationales et européennes en matière de non-discrimination. Bereni (2011) pointe un environnement juridique de plus en plus menaçant en matière de discrimination. Adopter une politique de gestion de la diversité, permettrait aux entreprises d'éviter des procès et plaintes, de perdre de l'argent mais aussi d'améliorer l'image et la légitimité de l'entreprise.

Les logiques sociales reflètent, quant à elles, une volonté de représenter dans sa main d'œuvre son environnement social, et des engagements relatifs à la responsabilité sociale des entreprises et au développement durable (Cornet & Warland, 2008). L'enjeu pour les entreprises et les gestionnaires, est de trouver un juste équilibre entre ces logiques économiques et ces logiques sociales. Bereni (2011), insiste sur le fait que ces logiques ne sont pas nécessairement opposées, la « mobilisation » autour de la cause de la diversité, n'aurait pas pu avoir lieu sans un « marché » de la diversité qui s'est de plus en plus institutionnalisé. Les gestionnaires ne doivent pas s'enfermer dans une seule logique mais plutôt tenter d'articuler ces différentes préoccupations.

Ainsi, nous pouvons remarquer que la législation joue un rôle important, mais pas unique, dans l'intégration et de maintien à l'emploi des personnes handicapées. D'après Point et al. (2010), l'environnement législatif permet principalement de « planter le décor », c'est ensuite aux entreprises et aux ressources humaines de choisir d'adopter ou non une politique du handicap. Les dispositifs légaux doivent être combinés avec l'engagement des acteurs décisionnaires de terrain pour permettre l'implantation d'une véritable politique RH du handicap (*ibid*).

Nous venons d'étudier que d'un côté, les entreprises peuvent se contenter uniquement de résoudre le problème en satisfaisant l'obligation légale de quota. D'un autre côté, elles peuvent choisir d'établir une politique générale du handicap afin de mettre en place des dispositifs pérennes pour favoriser l'intégration et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés.

Chapitre 4. Vulnérabilité des travailleurs handicapés

Lorsqu'un accident de travail ou une maladie survient au cours de la carrière d'un travailleur, il peut laisser des séquelles physiques et psychologiques permanents (Baril & Martin, 1993). Le parcours de réinsertion professionnelle des inaptes au travail peut être semé d'embûches et les conditions du retour à l'emploi peuvent être difficiles, qu'ils soient réinsérés chez leur employeur ou qu'ils doivent affronter le marché du travail. L'accidenté se retrouve alors vulnérable socialement et professionnellement (*ibid*).

Baril et Martin (1993) remarquent qu'avant leur accident ou maladie, les travailleurs possédaient le travail ainsi que la santé pour l'accomplir ; ils se retrouvent, du jour au lendemain, sans aucun des deux. Les inaptes ont donc tous une santé défaillante et doivent se mesurer à la dure réalité du marché du travail avec les capacités physiques qui leur restent. Ils peuvent être confrontés à des rejets répétés d'employeurs sur le marché du travail, à l'épuisement de leurs réseaux de support ou encore à des conflits conjugaux qui peuvent les rendre vulnérables à la solitude et à l'isolement social (*ibid*).

Debordeaux (1994), expose le concept de « désaffiliation » du lien social des personnes vulnérables, qui se caractérise par une succession de ruptures du lien social. Ce concept comporte une

dimension économique (perte d'emploi) mais aussi une dimension relationnelle. Il s'opère ici un double décrochage : décrochage du monde de l'emploi et précarité économique qui mène à l'isolement social et à la perte d'un réseau de relations.

Debordeaux (1994 : 94) identifie quatre grandes zones selon le degré d'autonomie et de stabilité de la personne : « la zone d'intégration signifie que l'on dispose des garanties d'un travail permanent et que l'on peut mobiliser des supports relationnels solides ; la zone de vulnérabilité associe précarité du travail et fragilité relationnelle ; la zone d'assistance s'en distingue dans la mesure où l'aide apportée est déjà synonyme d'un minimum d'intégration ; la zone de désaffiliation conjugue absence de travail et isolement social ». Le danger pour les personnes en situation de handicap est donc de basculer d'un état de vulnérabilité ou d'assistance vers un état de désaffiliation.

Cette situation de marginalisation de l'individu peut le mener à une perte d'identité sociale (Baril & Martin, 1993). En effet, la santé et le travail sont deux éléments primordiaux dans la valorisation de soi et de sa place au sein de la société. « Être en santé, c'est pouvoir et vouloir s'acquitter de ses fonctions et de ses responsabilités sans la société. Être malade, c'est surseoir à ses obligations sociales et, d'une certaine façon, dévier de la normalité (*ibid*: 110).

Les valides dans un monde du travail dominé par des valeurs de productivité et de performance sont jeunes, dynamiques, qualifiés et productifs (Baril & Martin, 1993). Dans ce contexte social, le handicap ou la maladie constitue à la fois une rupture au niveau physiologique et au niveau psychosocial. Les travailleurs inaptes ont souvent une perception négative d'eux-mêmes qui se traduit par un sentiment d'inutilité et de dépendance aux autres. Leur identité sociale est ébranlée par le fait de n'être plus capable d'exercer le travail qui leur conférait une place dans la société (*ibid*).

Dans ce sens, Debordeaux (1994) évoque le concept de « disqualification » sociale et qui se définit par la dévalorisation des personnes qui ne participent pas pleinement à la vie sociale. La personne qui ne sait plus exercer son activité professionnelle rentre dans la catégorie d' « assistés » et de dépendants aux autres ; épreuve vécue comme humiliante par la personne assistée et qui entraîne une dévalorisation identitaire.

Baril et Martin (1993) remarquent que le travailleur inapte doit d'abord passer par l'acceptation de son handicap et prendre conscience de ses limites physiques pour ensuite envisager une reconversion professionnelle et une réinsertion sur le marché du travail. Pendant ce processus d'acceptation des incapacités, le travailleur doit idéalement recevoir l'aide de ses proches ainsi que de professionnels pour ne pas être livré à lui-même (*ibid*).

Baril et Martin (1993) identifient ensuite plusieurs obstacles à la réinsertion professionnelle des inaptes au travail :

D'abord, l'attitude des collègues de travail peut créer un frein à la réaffectation. Un sentiment de jalousie et de favoritisme pourrait s'installer dans le chef des travailleurs valides envers le

travailleur handicapé et qui, par la suite, dégraderait le climat de travail. Des postes uniquement réservés aux inaptes ou des conditions de travail plus favorables créent ce sentiment de jalousie.

De plus, l'absence de formation accordée aux accidentés pour rétablir leur employabilité, leur confère un sentiment de vulnérabilité sur le marché du travail. Ils se sentent dans une situation comparable à celle de nouveaux employés malgré leur l'ancienneté et ressentent une insécurité profonde face à l'avenir (Baril & Martin, 1993).

Le manque de communication entre les différentes instances du retour à l'emploi et les travailleurs constitue également un obstacle. Les experts en la matière adoptent des références spécifiques d'ordre administratif, médical et légal alors que les travailleurs fondent leur vision sur leurs besoins sociaux, financiers et sur leur avenir. Les relations restent impersonnelles et administratives, les travailleurs se sentent dépassés et peu considérés en tant que personnes.

Il existe également une appréhension des travailleurs à se faire reconnaître officiellement comme handicapé (Baril & Martin, 1993). L'image sociale négative qui est associée au handicap entraîne souvent certaines personnes à adopter des stratégies de camouflage. La personne va tenter par tous les moyens de paraître normale et valide aux yeux des autres et de camoufler son handicap. Cette situation peut entraîner, à long terme, des conséquences sociales et psychologiques importantes pour le travailleur accidenté (*ibid*).

Le réseau de relations du travailleur est également une composante importante dans la réinsertion sociale et professionnelle (Baril & Martin, 1993). Ce réseau peut se composer de proches, de membres de la famille immédiate ou d'amis. Le conjoint reste la personne la plus présente et la plus supportante pour le travailleur inapte. Il peut aider le travailleur dans ses démarches d'acceptation de son handicap (*ibid*).

Une petite particularité peut être apportée aux travailleurs du secteur public. Les statutaires bénéficient, par rapport aux contractuels du secteur privé, une plus grande sécurité d'emploi en cas de handicap notamment grâce à la garantie d'emploi, au reclassement obligatoire ou au congé maladie pendant lequel les statutaires gardent leur plein salaire jusqu'à un an voire plus (Barnay et al., 2014). Le secteur public offre donc *a priori* un milieu plus protecteur pour les travailleurs handicapés, ce qui leur permettrait d'être plus confiants dans leur trajectoire professionnelle (*ibid*). En dehors du fait que les fonctionnaires bénéficient d'une sécurité d'emploi plus élevée, « le devoir d'exemplarité de la fonction publique devrait conduire cette dernière à une plus grande prise en compte du handicap dans la gestion des carrières de ses agents » (*ibid* : 11).

Dans leurs résultats, Barnay et al. (2014), découvrent que le handicap est plus pénalisant pour les travailleurs du secteur privé que du secteur public. Les contractuels dont le handicap survient au cours de leur carrière semblent donc plus vulnérables que les fonctionnaires.

Qu'ils parviennent ou non à réintégrer l'emploi ordinaire, les travailleurs restent marqués par leur handicap et leur incapacité de travailler ; ils font face à une déqualification professionnelle, à une perte d'identité sociale et à une anxiété face à leur avenir professionnel (Baril & Martin, 1993).

Le handicap est souvent perçu comme une cassure et une grande déception dans la carrière professionnelle. « Il se crée un vide identitaire profond chez plusieurs travailleurs, sur la base de leur insécurité professionnelle et de leur non-conformité au système dominant du travailleur qui mène une vie normale et qui gagne sa vie. Cette absence de sens rend plus manifeste encore le risque de solitude auquel ils sont exposés » (Baril & Martin : 118).

DEUXIÈME PARTIE: RENCONTRE AVEC LE TERRAIN

La deuxième partie de notre travail s'intéresse aux apports de notre rencontre avec le terrain d'investigation. Le premier chapitre sera consacré à notre démarche de recherche. Le second chapitre concerne l'identification de la politique des ressources humaines en matière de handicap dans l'hôpital étudié tandis que le troisième, s'intéresse aux discours subjectifs des travailleurs en situation de handicap.

Les chapitres 2 et 3 seront suivis d'une discussion et d'une analyse plus approfondie des éléments récoltés au cours des entretiens qui tenteront de faire émerger les points de réflexion intéressants.

Chapitre 1. Démarche de recherche

I. Méthodologie

Au vu de notre sujet de mémoire et de notre objet de recherche, la démarche adoptée pour réaliser ce travail a été la démarche qualitative. En effet, elle permet d'analyser les perceptions et les discours de chaque acteur de manière assez approfondie par le biais d'entretiens semi-directifs. Nous avons pu bénéficier, grâce à ces entretiens, de la richesse et des nuances dans les témoignages des différentes personnes rencontrées. La particularité des entretiens semi-directifs est de délimiter au minimum les propos des individus en utilisant des questions ouvertes afin de récolter leur perception personnelle (Quivy & Van Campenhoudt, 2011).

Cette démarche a été inscrite dans un raisonnement de type inductif, défini par Quivy et Van Campenhoudt (2011 : 20), comme un raisonnement dans lequel « les concepts et hypothèses continuent d'être élaborés en cours d'observation, dans un processus de généralisation progressive ». Une analyse descriptive de la situation donnée a été effectuée pour ensuite dégager des conclusions plus générales.

Notre démarche s'inspirera de la théorie enracinée (Garreau, 2012) développée par Glaser et Strauss en 1967. Elle se définit comme « une méthodologie d'analyse générale liée à la collecte de données, qui utilise un jeu de méthodes systématiques pour générer une théorie inductive sur une aire substantive » (Glaser, 1992, cité par Garreau, 2012 : 90). Elle permet donc, à partir de données récoltées sur le terrain, de faire apparaître une théorie, ou comme dans notre cas, une conclusion ou des questionnements plus généraux.

La théorisation ancrée s'oppose donc à la démarche hypothético-déductive qui a pour caractéristique de créer préalablement une théorie ou de formuler des hypothèses qui seront ensuite vérifiées sur le terrain (Garreau, 2012).

Le choix de notre problématique a donc été en constante évolution et orientation en fonction des informations que nous avons récoltées sur le terrain. La récolte et l'analyse des données se sont faites de manière simultanée, en ajustant constamment notre objet de recherche.

II. Phase exploratoire

Une première phase exploratoire a d'abord été réalisée lors de notre recherche. Dans le but de cibler le sujet qui nous intéressait et de parfaire nos connaissances théoriques en la matière, nous avons réalisé de nombreuses recherches bibliographiques et d'articles scientifiques pour constituer une revue de littérature.

Cette revue de littérature s'est constituée de manière progressive. Nous nous sommes d'abord renseignés sur le concept de « handicap » de manière générale puis nous avons affiné notre recherche en mêlant le handicap avec le monde de l'emploi puis plus particulièrement, avec les entreprises publiques. Nous avons également entrepris des recherches dans la législation belge et européenne pour poser un cadre légal à notre travail. Nous avons clôturé notre prospection théorique en nous intéressant plus spécifiquement aux travailleurs en situations de handicap.

Cette recherche dans la littérature a donc été réalisée à partir de concepts généraux pour ensuite cibler une réalité plus particulière. Ces lectures scientifiques ont ensuite permis l'élaboration des questions qui seront posées lors des entretiens.

Une seconde phase exploratoire a ensuite été réalisée au sein-même de l'organisme public que nous avons choisi d'étudier dans le cadre de notre travail. Il s'agit d'un centre hospitalier régional (CHR) se situant dans la Province de Liège. Nous y avons rencontré, dans le cadre de notre stage, le Directeur des ressources humaines (DRH) et le Directeur de la médecine du travail en charge du CHR. Nous les avons contactés au moyen d'e-mails, expliquant le sens de notre démarche et sollicitant une entrevue.

Leurs réponses positives ont été rapides et nous avons pu convenir de rendez-vous. Les rencontres avec le DRH et le médecin du travail ont eu lieu aux dates et aux heures qui leur convenaient et se sont déroulées sur leurs lieux de travail.

Nous avons également sollicité, plus tard dans notre travail de recherche, une deuxième entrevue avec le médecin du travail pour un complément d'informations. Cette seconde rencontre nous a permis de combler nos lacunes et nos questionnements laissés en suspens.

Parallèlement, nous avons également obtenu une entrevue avec un attaché d'un bureau régional de l'AViQ, chargé de l'emploi des personnes handicapées. Il nous a semblé qu'obtenir des informations supplémentaires et un avis extérieur quant à la situation globale en Belgique serait intéressant.

Afin de mener à bien ces entretiens, une liste de questions avait été préalablement élaborée grâce à nos premières lectures scientifiques. Cette liste de questions constituerait notre première grille d'entretien (*cf.* Annexe 1 : Première grille d'entretien). Comme mentionné précédemment, la démarche qualitative a pour but de récolter les impressions et les interprétations des personnes. Nous avons donc veillé à réduire au maximum nos interventions pour laisser aux interlocuteurs la liberté de parler et d'exprimer leurs opinions.

Cette première grille d'entretien a servi de point de départ et de guide lors des entrevues mais a considérablement évolué au fil des conversations. Comme le présentaient Quivy et Van Campenhout (2011), le but principal de cette grille consistait à recadrer les interlocuteurs lorsque ceux-ci s'aventuraient dans de trop grandes digressions.

Cette deuxième phase exploratoire nous a permis de récolter les informations nécessaires à la poursuite de notre travail. En effet, au terme de cette seconde étape, nous avons pu analyser les données et ainsi, dégager les grandes tendances et modes de gestion du handicap appliqués au CHR.

III. Constitution d'un échantillon

Afin de récolter les données de terrain relatives aux travailleurs handicapés du CHR, nous avons, dans un premier temps, tenté de constituer un échantillon le plus représentatif possible.

Nous nous sommes adressés à la médecine du travail du CHR, que nous avons déjà rencontrée à deux reprises, pour nous communiquer les coordonnées d'agents en situation de handicap. Nous avons été informés, par le DRH lors de la phase exploratoire, que la grande majorité des personnes en situation de handicap, au sein du CHR, occupait une fonction infirmière. Sachant qu'en Belgique, en 2010, selon le SPF Economie, la fonction infirmière était occupée par 88,2% de femmes, la liste communiquée par la médecine du travail était donc exclusivement constituée de femmes infirmières.

Nous avons pris contact par téléphone avec l'ensemble des personnes figurant sur cette liste. Sur 15 personnes contactées, seule une personne a marqué son refus de nous rencontrer. Par la suite, nous avons obtenu les coordonnées d'une secrétaire en situation de handicap, que nous avons également contactée et rencontrée.

L'échantillon étudié se constitue donc de 15 femmes : 14 infirmières et une secrétaire. Il ne se prétend pas représentatif, ni de l'ensemble des personnes en situation de handicap travaillant au CHR,

ni de l'ensemble des infirmières en situation de handicap travaillant au CHR. Il permet cependant une approche originale de notre thématique.

Les personnes interrogées sont âgées de 37 à 59 ans. Les infirmières ont entre 16 ans d'ancienneté, pour la plus jeune et 37 ans d'ancienneté, pour la plus âgée. La secrétaire, quant à elle, travaille au CHR depuis 9 années. Une certaine variété des handicaps été constatée entre les différentes enquêtées ; un tableau reprenant les différentes informations des personnes rencontrées est fourni en Annexe 2 et 2bis de ce travail. Les entretiens ont été numérotés de façon à identifier les différents interlocuteurs lors des extraits d'entretiens.

IV. Réalisation des entretiens

La plupart des entretiens réalisés auprès des travailleurs du CHR se sont déroulés sur leur lieu de travail ou à leur domicile. Lorsque l'entretien devait être mené au sein de l'hôpital, un bureau a été mis à notre disposition pour permettre une plus grande tranquillité. Un seul entretien a été réalisé par téléphone, la personne étant dans l'impossibilité de se déplacer à cause de son état de santé.

Un second questionnaire semi-directif (*cfr.* Annexe 3 : Deuxième grille d'entretien) a été élaboré grâce à de nouvelles lectures d'articles scientifiques afin de servir de canevas pour l'ensemble des entrevues. Tout comme la première grille d'entretien, cette seconde liste de questions a été modifiée au cours des diverses rencontres. Certains thèmes, plus pertinents que d'autres, ont été approfondis, tandis que d'autres, ont quelques fois été mis de côté.

Les thèmes abordés se rapportaient, d'abord, au profil de la personne interrogée et à son parcours professionnel. Le handicap ou problèmes de santé étaient ensuite discutés ainsi que les éventuelles rechutes vécues. Les rapports entre le handicap et le travail, l'hôpital, la médecine du travail, le collectif de travail, la hiérarchie et la vie quotidienne ont également été abordés en essayant de récolter au maximum les émotions et les perceptions des personnes interrogées. Cette démarche s'inspire de l'interactionnisme symbolique, courant de pensée de l'École de Chicago, défini par Baril et Martin (1993 : 111) : « Pour comprendre la conduite d'un acteur social, il faut tenir compte de la perception qu'il a de sa situation et pénétrer l'univers de ses représentations, notamment celles concernant les obstacles qui se dressent devant lui ».

L'ensemble des entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes et ont été retranscrits par la suite. Seul l'entretien téléphonique n'a pas été enregistré, la prise de notes a donc permis de récolter les informations. La durée des entretiens a oscillé entre cinquante-deux minutes, pour le plus court, et une heure vingt pour le plus long.

En parallèle et à la suite de la réalisation des entretiens, nous avons effectué une lecture critique de nos retranscriptions. Nous avons repéré les allusions, les malentendus, les contradictions, les types de langages et l'emploi de certains mots. Nous avons surligné les expressions frappantes, les

mots clés et annoté nos impressions. Nous avons ensuite réalisé un classement des éléments importants relatifs à notre objet de recherche, qui a fait apparaître des points communs ou des contradictions entre les différents enquêtés.

Des recherches plus approfondies sur les thèmes abordés lors des entretiens ont également été réalisées dans la littérature scientifique pour permettre une meilleure analyse des propos récoltés.

V. Limites de la démarche

Une première limite se rapportant à la démarche qualitative peut être signalée. Les informations présentes dans l'ensemble des entretiens ont été récoltées grâce aux discours personnels des différents enquêtés. Ces témoignages sont donc imprégnés de « subjectivité, manque de recul, vision partielle et partielle » (Quivy & Van Campenhoudt, 2011 : 60). Il faut donc faire preuve de vigilance et de prudence lors de l'utilisation de ces données. L'analyse de ces informations doit être nuancée puisque les opinions et les avis exprimés peuvent être compris de différentes manières.

Deuxièmement, l'échantillon n'étant ni représentatif, ni exhaustif, nous ne prétendons pas à la généralisation des informations obtenues sur le terrain. Les analyses que nous avons effectuées ne représentent pas l'ensemble des travailleurs ou des infirmières en situations de handicap au sein du CHR. Nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer toutes les infirmières en situation de handicap ni d'autres personnes handicapées exerçant une autre fonction. Il nous semble donc important de signaler que ces autres travailleurs pourraient avoir des avis totalement opposés aux personnes rencontrées. Nos futures discussions doivent donc être appréhendées avec prudence.

De plus, il aurait été intéressant de rencontrer des femmes, en situation de handicap, exerçant une autre fonction que celle d'infirmière ou des hommes, en situation de handicap, exerçant un métier d'infirmier ou autre. Le manque de temps a limité notre recherche et le milieu hospitalier a réduit nos possibilités d'échantillonnage.

Malgré ces différentes limites, il nous a été possible de repérer divers comportements et attitudes, et des similitudes dans les différents témoignages qui nous ont permis de poser un diagnostic sur les impacts de la politique de gestion du handicap sur le personnel handicapé du CHR.

Chapitre 2. Identification de la politique de gestion du handicap

Le centre hospitalier régional (CHR) étudié dans le cadre de notre recherche est un hôpital public de la Province de Liège employant près de 1.600 personnes réparties sur cinq sites différents. Il évoluait, depuis 2014, dans un contexte budgétaire difficile et déficitaire dû à une mauvaise gestion des politiques. La situation semble cependant être en train de se redresser à ce jour.

L'année 2014 a été, pour le CHR, une année de changement, de réorganisation et de prise de conscience. Les changements opérés sont décrits sur le site Internet : nouveau nom, nouveau logo, nouvelle identité modernisée à l'image d'une institution qui se porte mieux dans ses finances, ainsi qu'une collaboration avec un nouveau service externe pour la prévention et la protection au travail (SEPP).

La Direction générale du CHR est en pleine mutation, le Directeur actuel a donné sa démission mais restera à la tête de l'établissement jusque début 2017, moment d'entrée en fonction du nouveau Directeur général.

Les informations récoltées dans ce premier chapitre proviennent d'entretiens réalisés avec le Directeur des ressources humaines (DRH), le Directeur de la médecine du travail en charge du CHR et un attaché d'un bureau régional de l'AViQ.

I. Intégration et maintien dans l'emploi des personnes handicapées

Le CHR, comme tout organisme public, a l'obligation de respecter un pourcentage imposé d'emplois de personnes handicapées. Ce quota s'élève à 2,5% de l'effectif de l'hôpital, ce qui correspondrait à 17 ou 18 équivalents temps-plein (ETP) au sein du personnel. L'institution respecte cette obligation d'emploi, le Directeur des ressources humaines s'explique :

« Ici on respecte ces quotas, oui tout à fait. Mais essentiellement plus avec des personnes qui ont une reconnaissance de l'AWIPH² et qui sont dans l'institution. Donc je vais dire que, pour l'instant, on remplit plus nos quotas avec des personnes qui ont été maintenues au travail de par le problème de santé qu'ils pouvaient avoir, plus que finalement des apports de l'extérieur »
(extrait de l'entretien 1).

Le quota d'emploi n'est atteint que depuis quelques mois. Selon le DRH, il y aurait 20 personnes reconnues par l'AViQ au sein de l'hôpital qui constituent ce quota. La prise de conscience des problématiques liées au handicap est assez récente et s'est réalisée grâce à la collaboration avec la nouvelle médecine du travail. Avant 2014, aucun projet n'avait été mis en place en ce qui concerne les travailleurs handicapés.

« On essaie de se remettre progressivement en ordre sur tout un tas de choses sur lesquelles on n'était pas en ordre. Je dirais sans être irrespectueux vis-à-vis de l'institution mais enfin bon depuis 10 ans, on n'était pas en ordre pour grand-chose. Donc voilà je pense qu'il fallait se remettre en ordre pour l'AWIPH et qu'effectivement on a profité de la requalification pour se remettre en ordre et puis repartir alors sur de bonnes bases » (extrait de l'entretien 1).

² Depuis le 1^{er} janvier 2016, l'AViQ intègre les compétences de l'ancienne AWIPH dans une branche « handicap ».

Pour ce qui est de l'intégration des personnes handicapées, l'hôpital affirme ne pas embaucher de travailleurs présentant un handicap. « *Je pense qu'on a vraiment de quoi faire avec les reclassements professionnels ici avec l'AWIPH ça c'est clair* » (extrait de l'entretien 1). Le DRH nous informe que c'est le personnel du département infirmier qui est le plus touché par des problèmes santé : « *Parce que c'est un, surtout dans le département infirmier, c'est un problème* » (extrait de l'entretien 1).

« La plupart des handicaps professionnels qu'on a, peuvent tout bêtement entre guillemets, être des douleurs dorsales, essentiellement c'est beaucoup ça ou des douleurs squelettiques etc. dans des départements de soin » (extrait de l'entretien 1).

Le responsable des ressources humaines se dit quelque peu dépassé dans son travail et se plaint d'être seul pour gérer toutes les problématiques liées au personnel :

« Écoutez, il y a des choses qui forcément sont délaissées quand tu es un responsable RH pour 1400 personnes et que t'es tout seul... Je ne sais pas tout faire. Je pense que pour le moment, les dossiers se sont beaucoup traités administrativement et en lien avec les responsables de service pour le maintien au travail des personnes » (extrait de l'entretien 1).

Les aides que l'hôpital reçoit de l'AViQ sont donc essentiellement relatives au maintien à l'emploi des travailleurs.

« On ne perçoit pas les aides financières à la hauteur de ce qu'on pourrait avoir si on intégrait 17 personnes handicapées. Je m'explique, on va percevoir une aide financière pour l'adaptation d'un poste de travail, pour un suivi ou pour une perte de capacité professionnelle et puis je dirais c'est tout » (extrait de l'entretien 1).

Le CHR ne se situe donc pas dans une logique d'intégration des personnes handicapées mais plutôt dans une logique de maintien à l'emploi de ses agents. Les mesures de maintien au travail peuvent prendre la forme de changements d'horaire (temps partiel thérapeutique) ; plus rarement, d'aménagements du poste de travail (adaptation des équipements de travail) ou lorsque la personne n'est plus apte à sa fonction actuelle, de reclassements professionnels.

« Il y a des accidents de travail, ça c'est possible, mais il y a aussi des problèmes de santé, des maladies, qui font que la capacité de travail est réduite. Et que là où il y a une intervention AWIPH et une adaptation du travail que ce soit au niveau des horaires, du contenu, d'un reclassement ou d'adaptation du poste etc. » (extrait de l'entretien 1).

Lorsqu'un travailleur rencontre un problème de santé ou une difficulté pour effectuer son travail, il est envoyé (par son médecin traitant, son chef de service ou autre) directement vers la médecine du travail de l'hôpital « Provikmo » (ou le travailleur décide lui-même de joindre la médecine du travail).

La médecine du travail émet alors un avis sur l'état de santé du travailleur ainsi que des recommandations quant à l'aménagement de son poste ou au changement d'affectation. La médecine

du travail en charge du CHR est un service externe pour la prévention et la protection au travail (SEPP) et s'est constitué historiquement sur des activités de prévention et de médecine du travail, ce qui n'est pas le cas de tous les services puisque certains se sont constitués sur une base sociale (secrétariat social par exemple).

L'hôpital a ses propres conseillers en prévention qui font partie du service interne pour la prévention et la protection au travail (SIPP), les compétences apportées par le SEPP sont uniquement d'ordre médical ou ergonomique.

« Les autres compétences, en tout cas en ce qui concerne les travailleurs handicapés, je pense aux compétences psychosociales, les psychologues du travail ou encore les hygiénistes, n'ont pas lieu d'être mobilisées. La compétence psychosociale est hors de propos. Ce sont surtout les ergonomes et les médecins qui, je pense, peuvent apporter leur pierre à l'édifice au sein du CHR » (extrait de l'entretien 2).

La collaboration entre Provikmo et le CHR est assez récente puisqu'elle date d'il y a deux ans, il y a donc eu un changement de médecine du travail en 2014. Le Directeur de la Médecine du Travail en charge de l'hôpital explique comment s'est déroulée la collaboration :

« Sans aller nécessairement dans les détails, je pense que la collaboration avec le SPMT - Arista était considérée comme insatisfaisante. Donc ils ont décidé d'ouvrir un marché public. Au terme de ce marché, Provikmo s'est classé en ordre utile, ce qui justifie l'affiliation. Dans les grandes institutions hospitalières ou dans les grandes administrations, en général, soit on ouvre des marchés publics à intervalles réguliers et l'intervalle de temps fixé par la région wallonne est de 4 ans et on relance un démarche tous les 4 ans ; ou bien c'est parce qu'il y a un motif d'insatisfaction, qui justifie qu'on ouvre un marché ou qu'on revoie la collaboration avec le service existant s'il est maintenu en place ou qu'on engage une relation avec un autre service. Je pense que c'est dans un contexte de relative insatisfaction de la collaboration avec le SPMT et d'ouverture d'un marché public que la collaboration avec Provikmo est née » (extrait de l'entretien 2).

Il explique ensuite les détails et les objectifs de cette collaboration :

« Donc quelle est la mission, l'objectif de commun accord qu'on s'est fixés au sein du CHR? C'est précisément d'identifier les personnes qui pourraient bénéficier d'une reconnaissance AWIPH et donc participer à la constitution des quotas d'handicapés pour lesquels un seuil doit être atteint, pour qu'un certain nombre de dispositions favorables au CHR puissent être prises. Le travail dans lequel on est engagé autour des handicapés actuellement au sein de l'hôpital consiste dans le décours des examens de santé périodiques qui doivent être planifiés dans la grande majorité du personnel, notre mission consiste à être particulièrement attentifs aux handicaps qui pourraient, le cas échéant, relever d'une intervention de l'AWIPH, le signaler au travailleur concerné, en discuter avec ce travailleur et essayer d'identifier ceux qui peuvent être

directement envoyés à l'AWIPH pour avis ; mais aussi peut-être de convaincre ceux qui ne sont pas identifiés comme tels ou qui ne souhaitent pas l'être » (extrait de l'entretien 2).

L'objectif premier de cette collaboration était donc d'atteindre le quota de travailleurs handicapés au sein de l'hôpital pour pouvoir ensuite, tirer profit des interventions de l'AViQ.

Le médecin du travail nous explique qu'il est parfois difficile de convaincre les travailleurs de se faire reconnaître officiellement en tant qu'« handicapé » puisque pour certains, cette reconnaissance est associée à une stigmatisation dans le collectif de travail. D'autres, ont tout simplement appris à vivre avec leur handicap et ont tenté de le camoufler à leurs collègues.

« Tous les handicapés ne souhaitent pas se voir coller sur le front une étiquette d'handicapé. Est-ce qu'il est valorisant pour un travailleur d'être reconnu comme handicapé dans un département ou dans un service ? Quel bénéfice le travailleur peut-il présumer en retirer ? Il y a des travailleurs qui disent : je suis un travailleur comme les autres, je veux faire mon travail comme les autres. Je souffre d'un handicap mais l'enjeu pour moi consiste à le surmonter, le dépasser [...] Il y a toute une série de pathologies qui peuvent être prises en charge par l'AWIPH, considérées comme effectivement un handicap, mais que certaines personnes peuvent souhaiter voir rester dans l'ombre. On comprend assez bien. C'est d'autant plus vrai quand vous êtes confronté aux générations les plus jeunes... Vous voulez vivre comme tout le monde [...] Donc il y a aussi des résistances en se disant, finalement quel profit vais-je en tirer ? L'hôpital va en tirer un profit mais est-ce que je suis prêt à revêtir l'étoile jaune, est-ce que je suis prêt à être identifié comme handicapé alors que finalement c'est surtout l'hôpital qui en tirera le bénéfice et pas moi-même ? » (extrait de l'entretien 2).

La solution employée par le SEPP est de faire valoir l'objectif collectif qui se cache derrière cette reconnaissance de statut d'handicapé. « Il faut essayer d'activer le sens collectif des gens, ce n'est pas nécessairement évident » (extrait de l'entretien 2).

Il faut tenter d'expliquer aux travailleurs, que si l'hôpital atteint l'obligation légale d'emploi, il pourra ensuite bénéficier d'aides pour l'aménagement de postes de travail par exemple, qui pourront aider l'ensemble de la population handicapée du CHR.

Il faut également essayer de convaincre les travailleurs que le terme « handicap » ne veut pas nécessairement dire « inapte » au travail. Ce n'est pas parce qu'une personne est reconnue comme travailleur handicapé qu'elle est devenue inapte au travail, elle peut encore exercer une fonction au sein de l'hôpital. La médecine du travail se base sur un deuxième argumentaire afin de convaincre les travailleurs handicapés dans des démarches avec l'AViQ. Il s'agit d'informer les travailleurs légèrement handicapés et encore aptes au travail qu'en vieillissant, leur handicap pourrait évoluer et qu'ils pourraient être soulagés, à l'avenir, de bénéficier des interventions de l'AViQ pour se maintenir dans l'emploi.

Lorsque le travailleur accepte d'engager des démarches avec l'AViQ, la médecine du travail reporte à titre d'observation sur le formulaire d'examen de santé du travailleur destiné au service des ressources humaines que le travailleur peut bénéficier des interventions de l'AViQ.

Le rôle de la médecine du travail est un rôle de suggestion et d'avis, il n'a pas de pouvoir coercitif. C'est ensuite au service RH de prendre contact avec l'AViQ et d'entreprendre les démarches administratives.

Une situation un peu paradoxale s'installe alors : bien que l'objectif principal soit d'atteindre le quota d'embauche par la reconnaissance officielle des travailleurs handicapés, la lourdeur des démarches administratives freine le processus. Le médecin du travail explique cette situation de lenteur qui s'est installée au sein de l'hôpital :

« Du côté de la Direction et du service RH, il y a beaucoup d'a priori sur les contraintes en termes d'organisation, « ça va nous compliquer la vie ». Je résume un peu mais c'est ça, « ça va nous compliquer la vie ». Ce n'est pas tellement une question de coût, c'est simplement le fait que ça crée des contraintes supplémentaires dans l'organisation du travail, et puisqu'on doit traiter avec l'AWIPH et d'autres organisations, ça va créer des contraintes administratives. Il va y avoir de la gestion administrative derrière aussi » (extrait de l'entretien 2).

La deuxième mission du SEPP en charge du CHR est d'élaborer et d'émettre des avis sur l'état de santé des travailleurs et sur l'éventuel aménagement de poste ou reclassement professionnel. Lorsqu'un problème de santé est repéré lors des examens médicaux périodiques ou que le travailleur vient spontanément trouver la médecine du travail, une attention particulière est alors accordée à l'agent.

« Donc, le médecin du travail peut et doit, quand un handicap est identifié, dans une fonction déterminée, émettre, si cela est nécessaire, des recommandations qui visent à faciliter l'intégration de ce travailleur handicapé. Ça c'est l'autre versant des missions du service externe et plus généralement du médecin du travail. Cela peut aller, si cela est suggéré ou demandé par l'entreprise, jusqu'à par exemple la mobilisation d'un ergonome qui pourrait rendre avis sur l'aménagement du poste de travail » (extrait de l'entretien 2).

Si le travailleur est toujours apte à effectuer son travail, de simples restrictions peuvent lui être prescrites comme un aménagement d'horaire (travail de jour à la place d'un travail de nuit, mi-temps à la place d'un temps-plein) ou un aménagement de son poste de travail (siège ergonomique, modification des conditions de travail).

Si le travailleur n'est plus apte à effectuer son travail, un reclassement professionnel doit alors être envisagé. Des travailleurs peuvent être reclassés sans toutefois avoir déclaré leur statut de travailleur handicapé à l'AViQ. C'est au service RH et à la Direction qu'il incombe de trouver une nouvelle fonction au travailleur et de chercher une solution qui satisfasse à la fois le travailleur, son

handicap et le service dans lequel il sera transféré. Cette étape peut s'avérer compliquée et prendre un certain temps. Le DRH de l'hôpital qualifie certaines situations de reclassement de « véritables casse-têtes ». Pendant cette période, le travailleur est mis en arrêt de travail pendant un moment qui peut s'avérer assez long.

Selon le DRH, les possibilités de reclassement sont encore plus réduites lorsqu'il faut retrouver une nouvelle place au personnel soignant :

« Maintenant, les solutions elles sont au cas par cas, elles ne sont pas inépuisables. À partir du moment où la personne est dans les soins, ça devient quand même plus compliqué » (extrait de l'entretien 1).

Il ajoute ensuite :

« Quand on voit une entreprise comme l'hôpital, 1400 personnes et plus, on peut se dire, oui il y a des possibilités quand même avec 1400 personnes. Ça c'est clair, on se présente comme le plus gros employeur... Ben pas tellement de possibilités je trouve. Parce que quand vous avez 1400 personnes, vous avez déjà 700 personnes au département infirmier pur. [...] Quand vous devez recaser une infirmière, vous n'allez pas forcément la recaser facilement au service du personnel ou à la comptabilité. Si, on peut le faire une fois mais pas à la hauteur de toutes les demandes de reclassement professionnel pour raisons médicales qui émargent d'une activité des soignants pour 700 personnes. Donc les possibilités de reclassement, elles ne sont pas nécessairement énormes » (extrait de l'entretien 1).

Les reclassements du personnel infirmier sont d'autant plus compliqués puisqu'il s'agit souvent, d'un personnel âgé qui présente des problèmes physiques.

« Moi, je ne sais pas tout faire, je ne sais pas reclasser tout le monde, j'ai une pyramide des âges qui est complètement inversée au niveau du département infirmier, beaucoup de personnes âgées avec évidemment des problèmes physiques, des problèmes de maladies, des problèmes d'incapacité de travail, puis les gens qui y sont qui forcent mais qui se détruisent la santé etc. » (extrait de l'entretien 1).

Lorsque l'hôpital ne trouve pas de nouvelle place au travailleur qui a des problèmes de santé, le travailleur nommé est alors mis en congé maladie avec certificat médical et conserve son niveau de rémunération. La fonction publique octroie à ses travailleurs un certain capital de congés maladie calculé en fonction des années d'ancienneté. Lorsque ce nombre de congés maladie est épuisé et que le statutaire est toujours absent, il est placé en disponibilité pour maladie et conserve 60% de son salaire.

Le manque de communication entre les différents intervenants dans les dossiers de reclassement est problématique. Le DRH déplore cette situation : *« Donc à un moment donné, voilà je trouve qu'il devrait y avoir beaucoup plus de liens et de clarté par rapport aux dossiers qui nous sont soumis »* (extrait de l'entretien 1). Il n'existe pas de réelle collaboration entre le travailleur handicapé, ses

supérieurs hiérarchiques, le DRH et le médecin du travail. « *À un moment donné c'est mieux de se mettre tous les trois autour d'une table pour discuter plutôt que d'aller de personnes interposées, et ça, ça ne se fait pas* » (extrait de l'entretien 1).

Ce manque de communication rend les aménagements et les reclassements plus difficiles puisqu'il n'existe pas encore de mise en commun des problèmes et des solutions possibles pour le travailleur.

Le DRH affirme qu'il travaille, en ce moment, pour instaurer une politique de gestion des ressources humaines plus saine et plus proactive mais qui reste, selon lui, trop ambitieuse pour le moment. Il déplore le manque d'intérêt de la Direction de l'hôpital porté au handicap et le manque de procédure officielle en matière de maintien à l'emploi des agents.

« Je pense que les idées sont jetées, les argumentations sont jetées etc. Je pense que l'institution n'en est pas encore à ce genre de politique RH là. Pas prête, parce que d'autres chats à fouetter sûrement. Pas de moyens financiers vraisemblablement. Parce que je pense que les décideurs sont très peu sensibilisés à ce genre de problèmes-là » (extrait de l'entretien 1).

« Ça nécessite une analyse beaucoup plus fine de toutes les procédures de travail, organisation de travail, d'avoir un cadre dans le cadre et que ce cadre dans le cadre, est dédié uniquement au reclassement professionnel avec ou sans intervention de l'AWIPH peu importe » (extrait de l'entretien 1).

Il aimerait que des places soient exclusivement réservées aux reclassements mais pour l'instant, ce n'est pas encore le cas. Il qualifie le projet d' « idéaliste » et d'un peu « naïf ».

« Je dirais qu'on ne va pas à la cadence des RH, on va à la cadence des événements de l'institution. Ce n'est pas que l'institution s'en fout mais je pense qu'il n'y a pas assez de proactivité, de force et de bras pour monter les dossiers, les suivre etc. » (extrait de l'entretien 1).

Pour lui, la mise en place d'une nouvelle politique RH, plus moderne et plus adaptée, ne peut se faire sans un renouveau dans l'institution qui semble trop archaïque et trop figée dans le passé.

« Je pense que... qu'il faut une autre génération dans l'institution, pas uniquement au niveau RH mais au niveau de tout l'environnement. Je pense que les choses ne décolleront sérieusement qu'à partir de ce moment-là. [...] Et je pense que sur base de ça, de redessiner la carte RH, de faire accepter un certain nombre de priorités, et que ce soit mis dans un plan à moyen terme clair et précis, avec ce renouveau-là, je pense que c'est comme ça que ça va pouvoir décoller. Mais dans l'état actuel des choses, on tourne clairement en rond. Je dirais qu'on est pour le moment, pas dans un désintérêt des RH hein je n'ai pas dit ça, je dis qu'on est dans un traitement des RH au niveau journalier » (extrait de l'entretien 1).

Par ailleurs, le médecin du travail souligne qu'il ne faut pas avoir une vision angélique du milieu hospitalier en matière de handicap :

« Dans une institution hospitalière, là plus qu'ailleurs, on pourrait se dire qu'on pourrait prendre en considération les handicaps présentés par certains travailleurs et en tenir compte autant que possible. Maintenant, le milieu hospitalier est aussi un milieu qui est exposé à des contraintes économiques, à des questions de charge de travail, de charge administrative. Comme je vous le dis, il ne faut pas non plus être angélique et croire que dans le milieu hospitalier, c'est leur priorité première. Il y a aussi, je pense, des contraintes à caractère économique ou d'organisation qui sont posées dans un hôpital et qui peuvent faire obstacle à l'application de dispositions » (extrait de l'entretien 2).

II. Analyse

Suite à la présentation des informations récoltées sur le terrain, plusieurs constats vont être mis en évidence. Au terme de ce chapitre, il nous est dès lors possible de dégager la politique employée par le CHR en matière de handicap au travail.

L'objectif initial d'une législation imposant des quotas d'emploi est d'inciter les entreprises publiques à embaucher et à intégrer des personnes handicapées en leur accordant toute une série d'aides financières. Le CHR respecte son quota d'emploi mais ce n'est pas pour autant qu'il intègre ou qu'il embauche de nouveaux travailleurs handicapés. L'hôpital a pris conscience qu'il disposait d'un potentiel de travailleurs handicapés au sein de son personnel qui pourraient être pris en compte dans le calcul du quota.

L'objectif poursuivi ici est uniquement de se mettre en ordre et de se soumettre aux législations en faisant reconnaître officiellement le handicap de ses agents et sans recourir à l'emploi direct de personnes handicapées. Le CHR a donc fait appel à une nouvelle médecine du travail pour débiter le travail de reconnaissance du personnel handicapé par un organisme officiel. Le rôle du médecin du travail consiste alors à conseiller, orienter et informer les agents sur le statut de travailleur handicapé. S'ils acceptent, les travailleurs sont alors reconnus par l'AViQ, l'hôpital atteint ensuite son obligation de quota et bénéficie d'aides financières versées par l'AViQ.

L'objectif principal de cette stratégie est de capter des fonds, d'obtenir des primes diverses et de redorer une image passée négative. En effet, ce nouveau respect de la législation confère à l'hôpital une légitimité nouvelle et une image positive d'employeur public.

Blanc (2010) avait identifié cette stratégie comme une entrave à l'emploi direct de personnes handicapées. Les employeurs se mettent en conformité avec la législation grâce à la reconnaissance officielle de son personnel en situation de handicap et contournent ainsi, le problème de l'embauche de personnes handicapées.

Un attaché d'un bureau régional de l'AViQ nous expliquait à ce propos :

« Une conséquence un peu paradoxale au non-respect des quotas, c'est qu'il y a toute une série d'aides de l'AWIPH qui ne sont pas accessibles aux services publics qui ne répondent pas au quota. Donc les primes à l'intégration, les primes de compensation. Et donc au niveau de ces primes-là, les communes ou les autres organismes publics qui ne respectent pas le quota, n'ont pas droit à ces aides-là » (extrait de l'entretien 3).

Cette stratégie peut être qualifiée de réactive puisqu'elle consiste uniquement à répondre à un problème concret en trouvant des solutions spécifiques. Comme l'exposaient Point et al. (2010), l'objectif principal est de satisfaire l'obligation légale de quota sans établir de politique globale d'intégration et de maintien dans l'emploi des personnes handicapées.

L'attaché de l'AViQ nous informe que cette stratégie est considérée comme un effet pervers de l'obligation de quota d'emploi :

« Je pense que la commune ou autre, qui ne s'était pas trop intéressée à la question jusque-là, se décide à se dire, oui c'est vrai, il y a un quota, est-ce que je le respecte ? Là, effectivement, ce n'est pas en embauchant plus de gens qu'ils vont essayer de se mettre en ordre. Ça va être, ben tiens, dans les personnes qui travaillent actuellement chez moi, je suis sûr qu'il y en a déjà plein qui sont handicapées, donc faisons-les se faire reconnaître pour être en ordre. Mais là, c'est un effet pervers des quotas » (extrait de l'entretien 3).

Il n'existe donc aucun projet d'élaboration et de mise en place d'une politique concernant le handicap, aussi bien au niveau de l'intégration qu'au niveau du maintien à l'emploi du personnel.

L'hôpital applique une gestion purement administrative et médicale des dossiers d'incapacité de travail. Lorsqu'un travailleur présente un problème de santé, il est d'abord détecté, dans la majorité des cas, par la médecine du travail lors de l'examen médical annuel.

Le médecin du travail rend alors une série de recommandations concernant un éventuel aménagement d'horaire ou un reclassement professionnel, ce qui est apparemment plus courant. Lorsqu'un reclassement professionnel est conseillé, c'est à la Direction et au service RH de trouver un nouveau poste en regard des capacités restantes du travailleur. L'analyse réalisée se base sur les caractéristiques physiques et médicales du travailleur et moins sur ses compétences professionnelles.

Au cours de ce processus de recherche de nouveau poste, il semblerait qu'il n'y ait aucune mise en commun et que les dossiers passent successivement entre les mains des différentes instances qui ne se rencontrent pas (travailleur, médecine du travail, DRH, chefs de service confrontés au retour d'un travailleur). Trouver un nouveau poste qui correspond aux capacités physiques restantes de l'agent et dans lequel il se sente épanoui, n'est pas chose aisée, d'autant plus si les différentes instances en charge du reclassement coopèrent peu. Lorsqu'une incapacité de travail ou un handicap est détecté, un processus est alors mis en place pour résoudre et amoindrir l'impact du problème de

santé en mobilisant toute une série d'acteurs particuliers qui ont chacun leur rôle bien défini mais qui ne collaborent pas assez.

Nous pouvons qualifier, ici aussi, le processus de maintien à l'emploi des travailleurs de réactif. Lorsqu'une incapacité de travail se présente, le CHR tente de trouver une solution. Il n'existe pas de procédure clairement établie de retour à l'emploi, ni d'instruments officiels mobilisables. La gestion se fait administrativement, au cas-par-cas et au-jour-le-jour sans réelle collaboration entre les différents acteurs concernés. Les solutions semblent « bricolées » avec les moyens du bord et entre les différents services de l'hôpital (quelque fois même, sans l'intervention du service RH ou de la Direction).

La question du maintien et du retour à l'emploi semble faiblement instituée au sein du CHR, certains dossiers sont uniquement gérés de manière informelle par la médecine du travail et par les chefs de services concernés. Le service RH semble dépassé en la matière bien qu'une prise de conscience semble avoir eu lieu. Quoiqu'il en soit, aucun projet de politique RH, en matière de handicap, n'a été mis en place à ce jour.

Pour reprendre Dujin et Maresca (2010 : 56), l'approche du maintien à l'emploi est ici « contrariée, où la politique de réinsertion est, aux yeux de la direction et éventuellement de la représentation du personnel, un enjeu secondaire dans l'ensemble des politiques sociales de l'établissement, et sous contrainte d'autres priorités ».

Maintenant que nous avons pu dégager la politique du handicap au sein du CHR, notre question de recherche peut prendre une nouvelle tournure : « Une gestion réactive et administrative du handicap employée par un hôpital public a-t-elle des impacts négatifs sur son personnel handicapé ? ». Comment, concrètement, les travailleurs handicapés ressentent-ils l'absence d'une politique sociale en matière de handicap au sein du CHR ? C'est ce que nous allons tenter de découvrir dans le chapitre suivant.

Puisque le CHR ne recourt pas à l'emploi direct de personnes handicapées, nous nous focaliserons sur les impacts des mesures utilisées en matière de maintien à l'emploi du personnel, et plus particulièrement, en matière de reclassements professionnels.

Chapitre 3. Impacts sur le personnel handicapé

Ce chapitre s'intéresse aux informations recueillies auprès du personnel handicapé du CHR. Nous nous sommes intéressés à la dimension subjective de l'expérience des travailleurs en situation de handicap, de l'arrêt de travail au retour à l'emploi.

Les situations de handicap sont diverses et peuvent provenir d'un accident de travail, d'une maladie survenue au cours de la carrière ou encore de douleurs physiques à différents endroits. Ce chapitre sera structuré selon les différents sujets abordés lors des entretiens.

I. Confirmation du système bricolé

A travers les discours des travailleurs que nous avons rencontrés, il nous est possible de confirmer la dimension « bricolée » du processus de maintien à l'emploi. Dans la majorité des cas, les reclassements professionnels prennent la forme d'arrangements informels entre les différents services de l'hôpital et le travailleur. Aucune procédure formelle n'est établie. Bien souvent, la Direction ou le service des ressources humaines n'intervient pas et quelques fois, c'est le travailleur lui-même, sous les conseils de ses collègues, qui se trouve une nouvelle place et qui décide de postuler.

« Personne ne m'a aidée à trouver une nouvelle place. J'ai vu qu'il y avait une opportunité en tant qu'infirmière ICANE³ donc je me suis renseignée [...] Je n'ai eu aucune relation avec le service du personnel ou les ressources humaines pour mon reclassement. Je pense qu'on a un service des ressources humaines, ici, qui n'est pas du tout concerné par ça. À l'époque, c'est ma chef de service qui a tout géré pour moi [...] Je n'ai jamais eu de contacts avec eux. Jamais, jamais » (extrait de l'entretien 4).

« C'est ma chef de service de réa [ancienne chef de service] qui m'a un peu tuyauté en me disant : « peut-être que je ne devrais pas te le dire mais bon, il y a une place au labo. Écris une lettre à la Directrice du nursing disant que pour ton reclassement, tu acceptes éventuellement de travailler au labo ». Et alors c'est le cadre intermédiaire qui m'a resonné en me disant que c'était bon pour le labo » (extrait de l'entretien 6).

« J'ai été trouver la Direction et j'ai dit qu'il y avait un poste d'infirmière à la crèche et que moi, j'allais postuler pour ça. Donc ça a bien arrangé tout le monde et on m'a donc, enfin, j'ai postulé et j'ai eu la place » (extrait de l'entretien 8).

« Je ne pouvais plus travailler en gériatrie, j'avais été mise « out » du service à cause de mes soucis de dos. Donc on m'a dit : « mets-toi en congé maladie et je devais à chaque fois reprolonger, quand mon certificat était fini, parce qu'ils ne savaient pas où me mettre. Ça a duré sept mois. À un moment donné, j'ai un collègue qui me sonne pendant que j'étais chez moi et qui me dit : « écoute, on demande un mi-temps au labo, postule, le boulot serait bien pour toi, je te verrais bien là-dedans ». Et c'est comme ça que je suis venue au labo » (extrait de l'entretien 9).

Une autre infirmière qualifie son parcours de reclassement de « parcours du combattant » et nous expose les différentes étapes.

³ Infirmière chargée de l'accompagnement des nouveaux engagés, des stagiaires et des étudiants.

« J'ai d'abord été trouver la Directrice du nursing pour lui dire que je ne me sentais plus capable et qu'il fallait me trouver autre chose. Puis j'ai été trouver la médecine du travail pour qu'elle me dise ce que je pouvais faire, ce que je ne pouvais pas faire. La Directrice m'avait dit : « on va vous recontacter » puis on ne m'a jamais recontactée. Donc j'ai dû lui resonner pour lui dire : «hé, je suis là » et pour me rappeler à ses souvenirs, je crois qu'elle m'avait oubliée. Trois jours après, elle me recontacte, comme par hasard, pour me proposer un poste aux archives mais c'était vraiment tout ce qu'il ne fallait pas par rapport à mes problèmes de genoux, elle ne savait pas apparemment » (extrait de l'entretien 5).

Elle nous explique ensuite le manque de communication entre les différents intervenants de son dossier de reclassement.

« La Directrice du nursing m'a retéléphoné pour me dire qu'il y avait une place au labo, j'ai raccroché. Puis dix minutes plus tard, la médecine du travail me téléphone pour me dire qu'il y a une place au labo, j'ai dit : « oui, oui je sais » [...] Puis un cadre intermédiaire me sonne pour me dire que je devais faire attention parce que je risquais de perdre mon barème. Or, dans les problèmes de reclassement, je dois garder mon salaire, il se trompait. J'ai dû aller trouver le syndicat qui m'a dit : « c'est bien un reclassement, vous aurez le même salaire, ne vous tracassez pas » (extrait de l'entretien 5).

Le cas spécifique d'une infirmière nous a particulièrement interpellés. Après avoir été victime d'harcèlement moral par ses collègues dans le service de pédiatrie dans lequel elle avait travaillé pendant 15 ans, elle a été reclassée et envoyée en « mission » dans un projet de crèche organisé par l'hôpital en tant qu'infirmière ; réaffectation qu'elle a trouvée seule :

« Finalement, c'est moi-même qui ai proposé puisqu'il y avait une crèche qui a ouvert ici en 2011 et que je m'étais renseignée et que je cherchais autre chose. C'était un projet du service d'aide aux familles, de la ville et de l'hôpital [...] Ils m'ont fait des propositions avant mais je pense qu'en me faisant leurs propositions, ils savaient que j'allais dire non mais il fallait bien qu'ils me proposent quelque chose [...] Quand j'ai parlé du projet de crèche à la Directrice de l'époque, elle n'était même pas au courant de ce projet-là » (extrait de l'entretien 8).

Etant nommée, elle ne perdait aucun avantage puisqu'elle restait agent du CHR. « C'était une sorte de compensation, on a mis un gros couvercle sur ce qui était maltraitance et tout ce qui va avec » (extrait de l'entretien 8). Lorsque l'hôpital a décidé, en 2014, de redresser ses finances, tous les agents envoyés en mission ont été rappelés pour réintégrer leurs anciens services au sein de l'hôpital. Elle nous explique alors son entrevue avec le Directeur général de l'hôpital au moment de sa réintégration au sein l'hôpital.

« Donc du jour au lendemain, le Directeur m'appelle en me disant : « Madame, j'aimerais bien parler de votre avenir professionnel ». Il m'a dit qu'il devait me reprendre à l'hôpital pour des raisons financières mais qu'il n'y avait pas de soucis, quand on part en mission, on réintègre le service précédent, c'est dans la législation. Là, j'ai vraiment eu un gros coup de massue sur la

tête. Je lui ai posé la question : « je suppose que vous connaissez mon dossier ? », il m'a dit oui mais dans ce qu'il discutait je voyais bien que non, mais moi j'étais prise de court, j'étais sous le choc, je n'avais pas de répondant. Je ne pouvais pas retourner en pédiatrie, je sortais de pédiatrie pour harcèlement moral. Je suis certaine qu'à ce moment-là, il n'était pas au courant de ma situation de harcèlement moral » (extrait de l'entretien 8).

Elle nous explique ensuite sa deuxième entrevue avec le Directeur :

« Et lors de la deuxième rencontre que j'ai eue avec Monsieur T., là, il a enfin compris que je n'allais pas réintégrer la pédiatrie. Il m'a dit : « oui, en effet, ce serait mal venu de vous réintégrer en pédiatrie, mais ne vous inquiétez pas, on va vous trouver autre chose » (extrait de l'entretien 8).

Entre temps, la travailleuse a fait une mauvaise chute et s'est fracturée l'épaule. Son deuxième reclassement devient d'autant plus difficile puisqu'il faut maintenant lui retrouver une nouvelle place en fonction de ses capacités physiques restantes. Elle n'a toujours pas été reclassée à ce jour. Elle ajoute :

« Le Directeur général a donné sa démission quelques jours après m'avoir dit que j'allais revenir à l'hôpital [...] Aujourd'hui, c'est toujours lui mais qui n'est plus vraiment là donc je pense que mon cas, dans tout ce qu'il a à gérer dans l'hôpital, ne doit plus très fort l'intéresser. Si ce n'est que de temps en temps, s'il me voyait, il aurait comme une épine dans le pied, là, qui fait mal de temps en temps ou une lampe rouge qui clignoterait parce qu'il ne veut plus me voir » (extrait de l'entretien 8).

La plupart des personnes rencontrées ont évoqué l'absence du service des ressources humaines dans tout le processus de maintien à l'emploi. Leurs discours prennent souvent cette tournure :

« Les ressources humaines ? Je ne les ai jamais rencontrées. Je croiserais même le DRH ou le Monsieur du service du personnel dans le couloir, je ne saurais pas le reconnaître » (extrait de l'entretien 15).

« Je n'ai eu aucun contact avec le service du personnel, ni avant, ni après [son burn-out] » (extrait de l'entretien 7).

« Les plus hautes instances, je n'ai jamais eu de contacts, ça s'est arrêté au niveau du cadre intermédiaire » (extrait de l'entretien 17).

En attente d'un reclassement depuis 3 mois, une infirmière nous confie :

« Je ne suis pas sûre qu'ils soient au point pour ça [les reclassements]. Parce que je pense qu'il y a quand même des places au sein de l'hôpital où le travail est moins difficile mais il y a des jeunes qui ont une place tout de suite là par exemple. J'ai l'impression qu'il y a des places qui pourraient être gardées au chaud pour des infirmières qui arrivent en fin de carrière ou qui ont des handicaps » (extrait de l'entretien 16).

Une autre infirmière, atteinte d'une maladie neurologique, nous explique qu'elle s'est adressée à un organisme extérieur pour la conseiller et l'aider dans ses démarches avec l'AViQ vu la lenteur de l'hôpital, en particulier du service du personnel, en la matière.

« J'ai rencontré le service du personnel mais ils ne savent pas. Ils ne savent pas les possibilités qu'il y a pour ma maladie. Je suis allée trouver le CRMN à la Citadelle. C'est un centre pour les maladies neuromusculaires, avec une équipe pluridisciplinaire avec une assistante sociale. C'est quand même autre chose que le service social d'ici, ils n'ont pas l'habitude. Je me suis tournée vers l'extérieur, c'est une amie qui me l'a conseillé. Ils m'ont aidée avec les démarches avec l'AViQ aussi, ils ont un peu poussé pour que ça aille un peu plus vite » (extrait de l'entretien 14).

Deux personnes évoquent la simplicité des démarches et des relations avec l'AViQ mais que celles-ci se compliquent lorsque c'est l'employeur qui doit organiser la suite des démarches administratives.

« L'AViQ a reconnu ma maladie, avec les dossiers que j'ai transmis et les reconnaissances de deux rhumatologues réputés, ce fût simple. Les démarches sont simples. Ça se complique quand les papiers reviennent à l'hôpital » (extrait de l'entretien 11).

« Le médecin du travail m'a proposé de me faire reconnaître par l'AWIPH, ça a été fait. La dame est venue à la maison, avec tous les papiers, bien gentille la dame. La Direction était au courant, j'ai renvoyé tous les papiers, tous les mails. Ça va faire des mois et des mois qu'on ne me répond pas. Donc j'ai tous mes papiers de l'AWIPH pour mon dossier mais c'est la Direction et le bureau du personnel qui ne me répondent pas. En plus, ce n'est même pas pour ma poche, c'est pour la leur [...] C'est vrai qu'ils ont peut-être autre chose à faire, mais bon » (extrait de l'entretien 18).

Seules trois personnes de notre échantillon ont entrepris des démarches avec l'AViQ. Les autres n'en ont pas ressenti la nécessité.

II. Travail : cause du handicap

Le métier d'infirmière a été très souvent relevé, lors des entretiens, de particulièrement physique, source d'accidents de travail et générateur d'handicaps. Plusieurs témoignages allant dans ce sens vont être exposés et confirment que, dans n'importe quel service, la charge de travail est lourde et très physique.

« Je me suis blessée en travaillant. En relevant un patient la nuit qui se tenait au niveau de son perroquet, un Monsieur très corpulent. Au moment de le soulever, il s'est lâché de son perroquet. J'ai continué ma nuit et en rentrant, j'avais mal. Quand je me suis levée, j'avais perdu la mobilité de mes jambes, douleurs épouvantables, et voilà, quasi un an out » (extrait de l'entretien 4).

« Je pense que c'est un peu le sort de toutes les infirmières d'avoir des maux de dos. [...] Je m'en souviendrais toujours, on a eu une dame très corpulente et on devait, le week-end, quand on n'était que deux, la mettre au fauteuil. Un jour qu'on devait la lever, j'ai vraiment senti quelque chose. Comme si on me tirait un élastique dans le dos et qu'on me le pétait. C'était le début de ma hernie » (extrait de l'entretien 10).

« J'ai des problèmes aux pieds, affaissement de la voûte plantaire, je suis restée 13 mois sans travailler. Et ça fait 25 ans que j'ai mal aux genoux, ils sont pleins d'arthrose. On vient de me trouver une hernie discale en plus [...] L'arthrose c'est de l'usure, je me suis usée au travail » (extrait de l'entretien 5).

« À force de porter, mon dos s'est abîmé, à force de soulever. On a eu des services très lourds. Déjà pendant nos études, on allait au Valdor en stage, c'était de la gériatrie. Il n'y avait pas à l'époque de souleve-personne. Très peu connaissent la manutention, les bonnes postures et tout ça. Je pense que c'est vraiment les services dans lesquels j'ai travaillé qui m'ont amenés mes problèmes de dos. J'ai fait deux fois des hernies discales sur deux années. Plus un disque tout-à-fait écrasé » (extrait de l'entretien 16).

« À l'époque, on avait des conditions de travail qui n'étaient pas du tout évidentes. On se retrouvait seule à gérer un service de 30 lits. [...] Si on avait eu des cours de manutention, peut-être que ça aurait été mieux » (extrait de l'entretien 17).

« En réa, il y avait de plus en plus de travail. On nous demandait de plus en plus, il fallait courir tout le temps, la charge de travail était énorme. Parfois, je sortais de là et je ne savais plus comment je m'appelais » (extrait de l'entretien 6).

« Le service était très dur, les gens ne restent que quelques jours donc une quantité phénoménale de choses à faire sur quelques jours » (extrait de l'entretien 5).

« Maintenant la politique c'est, le moins de monde possible pour faire le plus de travail possible. Donc ce n'est déjà pas facile le boulot d'infirmière mais maintenant, je pense que c'est encore pire qu'avant » (extrait de l'entretien 13).

Le métier peut être éprouvant physiquement mais aussi psychologiquement. Le stress fait partie du quotidien des infirmières.

« J'ai travaillé 20 ans aux soins intensifs. À la fin, ça n'allait plus du tout. Je n'aimais plus du tout, c'était dur psychologiquement. Voir tout le temps des gens mourir. Je devais me bourrer de Buscopans avant d'aller travailler tellement j'avais mal au ventre, c'était horrible. En plus, j'ai travaillé beaucoup de nuit, je ne dormais presque plus [...] Je suis restée 10 mois en burn-out » (extrait de l'entretien 7).

« C'est encore bien clair dans mon esprit, pourtant c'était il y a 6 ans donc ça m'a marquée. C'était mon tour de garde, on a eu une dame, elle a fait un arrêt à 7 heures et demi du matin pendant le changement de tour. Le médecin est arrivé et m'a dit : « mais qu'est-ce que tu lui as

fait ? ». La dame était morte mais ce n'était pas de ma faute, ça m'a fait enrager qu'on remette la faute sur moi » (extrait de l'entretien 11).

Un travail dur physiquement et psychologiquement, additionné d'un manque de reconnaissance de la part des hiérarchies, peut mener à des situations plus graves. Le cas, ci-dessous, de maltraitance morale.

« J'occupais d'abord la fonction d'infirmière puis d'infirmière chef adjointe. Sans avoir fait ni licence ni école des cadres. Mais à l'époque, c'était une proposition de la Direction mais aussi des médecins. D'abord en remplacement puis comme chef de service adjointe. Et puis, vu le manque de statut etc., les pressions des jeunes qui ont des diplômes etc. Bref, je n'étais pas reconnue officiellement si ce n'est par un horaire adapté, je n'avais aucune reconnaissance financière. Donc je travaillais au même salaire que tout le monde, avec les responsabilités en plus [...] Je passe les détails mais c'était très compliqué de bien faire mon travail sans avoir des pressions de toutes sortes » (extrait de l'entretien 8).

III. Arrêt de travail

La plupart des personnes interrogées ont dû faire face à une période d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident de travail plus ou moins longue. Cette période est souvent décrite comme difficile et parfois, vécue comme un abandon, vis-à-vis de l'hôpital et des collègues.

Puisqu'aucune procédure de retour à l'emploi n'est prévue au CHR, les contacts entre le travailleur et la Direction, le service des ressources humaines ou les lignes hiérarchiques sont quasi inexistantes durant la période d'arrêt. Les travailleurs ne bénéficient d'aucune prise en charge qui permettrait d'anticiper le retour au travail.

L'évocation de ces moments difficiles ont souvent fait resurgir beaucoup d'émotion de la part des enquêtées et il n'a pas été rare que certaines fondent en larmes pendant l'entrevue.

« Pendant mon arrêt de travail, je me suis sentie quand même fort à l'abandon. Ce sont des moments vraiment difficiles à vivre. Certains collègues passaient mais on se sent en culpabilité d'être en congé [...] J'ai dû me débattre seule, l'émotion me revient, je me suis sentie totalement abandonnée [...] Les gens s'imaginent aussi que vous êtes en arrêt de travail et que vous carotez quoi, ils ne se rendent pas compte. Je pense qu'il faut être dedans pour se rendre compte » (extrait de l'entretien 4).

« Tant que tu travailles et que tu es productive, tout va bien. Mais une fois que t'as un souci de santé, c'est fini, il n'y a plus personne » (extrait de l'entretien 12).

« J'ai du mal à en parler parce que ça remémore des choses. Je ne sais pas pourquoi. Je pense que ce n'est pas par rapport à ce que j'ai vécu mais je pense que c'est ce manque de reconnaissance et de soutien. C'est ça qui est dur, on est dans un monde comme ça et de plus en plus, je m'en rends compte » (extrait de l'entretien 13).

« On est vite oubliés. Deux ou trois collègues sont quand même passées me voir. Ma chef de service, je la voyais parce que je venais amener le certificat. Mais si moi je n'étais pas venue, je n'aurais pas eu... Je me suis sentie mise de côté mais je dirais, sans étonnement. C'est comme ça que ça fonctionne » (extrait de l'entretien 5).

« Je me suis rendue compte que le milieu professionnel restait quand même fort le milieu professionnel. Au début, j'avais quelques visites, des gentils collègues. Puis finalement, on a chacun sa vie et on court dans tous les sens et on n'a pas le temps de s'occuper de ses anciennes collègues qui sont malades ou qui ont des problèmes de santé » (extrait de l'entretien 6).

« Alors avant de sauter par la fenêtre, c'est vrai j'y ai pensé tous les jours, mais pour finir, le moral descend tellement et je me disais, je reste chez moi, pourquoi est-ce que je me coifferais ? Pourquoi est-ce que je m'habillerais ? Pourquoi est-ce que je me maquillerais ? C'est quand même pour rester dans mon fauteuil. Alors stop, il fallait que je recommence à travailler » (extrait de l'entretien 18).

« J'ai été dégoûtée de l'hôpital et de mon travail, parce que c'est chacun pour soi » (extrait de l'entretien 16).

« À un moment donné, j'étais tellement mal, j'ai ouvert ma pharmacie, j'avais tout pour partir tranquille, m'endormir et ne pas me réveiller, je me suis faite vraiment peur » (extrait de l'entretien 7).

« Je suis restée 6 mois sans voir personne de l'hôpital, sans voir un rat » (extrait de l'entretien 15).

« Je me dis que je suis un poids-mort quelque part, vu que je ne rapporte rien. Comme je suis là, ils doivent continuer à me payer. Étant nommée, j'ai des avantages en cas de maladie et ils sont encore obligés de me payer à temps-plein pendant un certain temps [...] Je suis mal à l'aise quand même parce que payée à ne rien faire, voilà, ce n'est pas confortable » (extrait de l'entretien 8).

« Quand je vois ce qu'on est, finalement on n'est qu'un pion. Si je n'ai plus besoin de toi, pouf. Je caricature un peu, je ne suis pas vraiment un pion parce que j'ai la chance d'être nommée » (extrait de l'entretien 9).

« Ça a duré sept mois. Parce qu'on ne savait pas où me mettre. Je ne l'ai pas du tout bien vécu, j'avais la déprime en même temps. Moi, rester chez moi, entre quatre murs, ce n'est pas moi quoi. C'était frustrant [...] Tant que tu fonctionnes bien, ça fonctionne bien. À partir du moment où tu ne fonctionnes plus très bien, j'ai l'impression qu'on te laisse vraiment » (extrait de l'entretien 9).

« Il y avait deux, trois collègues qui me sonnaient régulièrement, qui prenaient de mes nouvelles. Mais je veux dire, au niveau hiérarchie, non. Ni service du personnel, ni service social non plus. Service social, je n'ai jamais rien eu affaire au service social » (extrait de l'entretien 13).

La grande majorité des travailleurs interrogés ont évoqué un grand soutien de leur famille proche (enfants, parents, conjoint, frère/sœur) qui leur a permis de traverser cette période difficile et de se remettre sur pied.

« C'est ma sœur, qui a la même maladie que moi, qui m'a beaucoup aidée » (extrait de l'entretien 14).

« Mes enfants, mon mari, mes parents, mes frères, mes sœurs, oui, c'est vraiment grâce à eux que j'ai tenu » (extrait de l'entretien 7).

« On est une famille fort unie. À mon avis, je leur en ai fait voir pendant deux ou trois ans parce qu'il ne faut pas se leurrer, quand on a mal comme ça, on est super désagréable. Mais ils m'ont beaucoup soutenue » (extrait de l'entretien 10).

Souvent, les personnes ont évoqué l'aide précieuse des enfants ou du conjoint pour assurer les tâches ménagères lorsque leur santé ne le permettait pas ou qu'elle ne le permet toujours pas.

« Maintenant les courses, c'est mon mari qui les fait et mes fils m'aident beaucoup aussi. Un de mes fils fait la lessive, met sécher et l'autre apporte le linge aux titres-services pour repasser. Avant je m'occupais de tout, maintenant, c'est mon mari qui nettoie même s'il nettoie comme un homme » (extrait de l'entretien 18).

Lorsque le soutien professionnel a été défaillant, les travailleurs se sont tournés vers leurs proches qui les ont aidés à ne pas se sentir isolés socialement.

« Je me suis sentie très soutenue par ma famille et mes proches, je me souviens bien, elles m'ont emmenées de force, ma sœur, ma belle-sœur, à aller à Maastricht, faire le marché, me changer les idées » (extrait de l'entretien 17).

Cependant, une personne interrogée a évoqué son envie d'être indépendante malgré son handicap. Elle essaie d'éviter au maximum de solliciter l'aide de ses proches et des membres de sa famille. Demander de l'aide lui est difficile et lui renvoie l'image de son handicap et de ses incapacités, qu'elle n'a pas encore tout-à-fait acceptés.

« Je n'aime pas me faire servir. J'ai vraiment du mal à demander de l'aide. Je préfère toujours faire les choses moi-même, quitte à avoir mal et difficile. Mais parfois, je n'ai pas le choix, ma fierté, je la mets dans ma poche. Il faut que je demande de l'aide et c'est difficile à sortir, je le dis franchement, parce que je n'ai jamais rien demandé à personne » (extrait de l'entretien 18).

Lorsque le travailleur ne se sent soutenu ni professionnellement ni par ses proches, la situation est vécue comme un véritable calvaire.

« Je n'ai plus de famille, la famille de mon mari pense que c'est une maladie imaginaire, malgré ce qu'ils ont lu et puis, ils se foutent de moi comme une guigne [...] Mon mari ne me croyait pas, il a dû regarder des reportages à la télé pour se rendre compte que je vivais un véritable

calvaire. Encore maintenant, il pense que je ne fais rien de mes journées [...] Mes relations intimes avec mon mari ont beaucoup souffert. Avec le poids que j'ai pris, je ne sais plus accéder aux activités avec ma fille, parfois, je ne sais même pas aller aux fêtes de famille parce que j'ai trop mal » (extrait de l'entretien 11).

IV. Retour à l'emploi

Après la période d'arrêt de travail, vient le moment du retour au travail. Comme nous avons pu le constater, la gestion du retour du travailleur est faiblement instituée et se fait généralement par le collectif de travail et non par le service des ressources humaines ou la Direction. Ce manque d'intérêt est souvent perçu par les travailleurs qui ressentent que l'hôpital et sa Direction ne s'est pas vraiment « foulée » pour eux.

« J'ai ressenti que ça les ennuyait parce qu'ils devaient me chercher une place. Quelque part, je suis un gravier dans l'engrenage. Ça tournait bien et puis tout d'un coup, il faut me recaser [...] Ce sont des emmerdes en plus pour eux. C'est plus simple que je sois dans mon métier d'accoucheuse et que j'y reste. J'ai eu l'impression qu'on ne s'esquintait pas beaucoup pour moi [...] Vu que je suis nommée, autant me payer à faire quelque chose que de me payer à rester chez moi. Ça n'avait pas l'air évident pour eux » (extrait de l'entretien 5).

« Au niveau de la Direction, je crois qu'ils étaient un peu embêtés parce que c'est difficile pour eux de trouver des places pour des vieilles qui commencent à s'handicaper comme moi. C'est du travail pour eux de trouver des places » (extrait de l'entretien 6).

Même lorsque le reclassement correspond aux attentes du travailleur, celui-ci ne se sent pas pour autant redevable à son employeur. Les personnes reclassées ont souvent l'impression qu'elles ont été reclassées parce que l'hôpital avait l'obligation légale de le faire.

« On ne fait plus du tout de sentiment à l'hôpital. J'ai été reclassée parce que sinon, j'étais mise en disponibilité et ils me payaient encore 60% de mon salaire pour que je reste à la maison. Si on m'a trouvée une place, c'était dans leur intérêt » (extrait de l'entretien 12).

« Je ne me sens pas redevable à l'hôpital, on m'a reclassée parce qu'on devait me reclasser » (extrait de l'entretien 14).

« Je pense que le fait que j'ai défendu l'hôpital [par rapport à son burn-out] pendant que j'étais toujours en arrêt, a joué sur la décision de me recaser dans un service qui me convenait. Ma mère était aussi médecin à l'hôpital. Peut-être que si ça n'avait pas été le cas, je crois que je n'aurais pas été reclassée » (extrait de l'entretien 7).

Nous avons pu remarquer, au cours des entretiens, qu'avant de bénéficier d'une procédure de reclassement, les infirmières en situation de handicap essayaient, malgré leurs incapacités, de réintégrer leurs anciens services. La médecine du travail leur octroie alors, dans la mesure du possible,

un aménagement d'horaire (mi-temps médical ou travail de jour) dans l'espoir, pour les infirmières, de retravailler « comme avant ».

Ce moment perdure généralement quelques mois, avant de se rendre compte qu'elles ne sont plus capables physiquement de travailler dans le même service. Un travail de deuil de l'ancienne profession doit alors démarrer et peut s'avérer compliqué surtout lorsque la personne a travaillé de longues années dans le même service et qu'elle y est fortement attachée.

Le regret de l'ancienne activité était encore très présent lors des entretiens.

« Je change de métier. Je recommence une nouvelle vie, je n'ai pas le choix quelque part. J'ai quand même eu dur. J'en parle et voilà, je sens que ça revient. Pendant tout un temps, je n'ai pas pu retourner dans mon ancien service. J'y suis retournée une fois ou deux, pour aller chercher des papiers mais l'émotion me submerge. Il n'y a rien à faire, 36 ans, j'ai travaillé là, on ne quitte pas comme ça. J'étais attachée surtout quand c'est un métier qu'on fait parce qu'on l'aime, infirmière sage-femme c'est quand même... » (extrait de l'entretien 5).

« Le retour au travail a été très dur pour moi parce que j'ai été obligée de demander d'aller ailleurs à cause de ma santé, de ma mécanique. Ce n'était pas un choix puisque j'aimais beaucoup travailler en réa. Et quand je me suis retrouvée au labo, comme piqueuse, ben j'ai d'abord vu le travail à la chaîne quoi, pas intéressant. Piquer, mettre des cathéters, piquer, mettre des cathéters, bof quoi. Mon corps a décidé que je devais changer de service et ça m'a fait devenir quelqu'un qui fait un travail à la chaîne » (extrait de l'entretien 6).

« Est-ce que maintenant, je dois me satisfaire d'une fonction qui ne me botte pas, qui est tout à fait administrative juste parce qu'on ne m'a rien proposé d'autre ? Et me morfondre et dépérir. Ou bien, est-ce que je dois dire non ? Parce que je dois me protéger moi. Ça, c'est mon dilemme aujourd'hui » (extrait de l'entretien 8).

« Moi, j'aimais bien la prise en charge globale et de m'occuper vraiment du patient. Ce que j'aimais bien, c'est de les voir repartir soulagés au fait. Ici au labo, c'est juste une prise de sang. Il a fallu que je prenne sur moi, ce n'est pas du tout la même prise en charge du patient. C'est vrai que le service me manque, l'hospitalisation » (extrait de l'entretien 10).

« Maintenant, j'ai perdu cet esprit d'équipe qu'il y avait en réa. Tandis qu'au labo, bof quoi. Les premiers jours, je sortais, je pleurais. Ça a vraiment été très dur » (extrait de l'entretien 6).

Puisqu'aucune formation n'est prévue par l'hôpital en cas de reconversion professionnelle, les travailleurs rencontrés se sont généralement sentis démunis et vulnérables face à une nouvelle fonction qu'ils ne connaissent pas.

Ce sentiment est encore plus présent chez les infirmières plus âgées, avec beaucoup d'années d'ancienneté, qui se retrouvent dans des situations comparables à de nouveaux engagés. L'adaptation

est d'autant plus difficile lorsqu'il s'agit de fonctions administratives nécessitant des procédures d'encodage spécifiques ou la maîtrise de l'informatique.

« J'ai quand même eu du mal, c'est parce que je suis une battante mais j'ai dû mordre sur ma chique pour y arriver. Parce que je ne connaissais absolument rien, maîtrise de l'ordinateur, traitement de texte et tout. [...] Il me manquait de la gestion informatique, je me suis formée sur le terrain. Je pense qu'on pourrait demander des formations mais la Direction, si vous n'êtes pas en demande, elle ne fait rien » (extrait de l'entretien 4).

« J'avais demandé à l'avance les feuilles avec les codes puisque je n'y connais rien et qu'à la maternité, il n'y avait rien comme codes. Puis on [future collègue] m'a donné une feuille tellement compliquée et brouillon que je n'y comprends toujours rien. Ma fille a dû me retaper ça et me remettre au net pour m'aider quand je vais commencer, c'est un copion, je vais dire. Je vais commencer un travail pour lequel je n'ai aucune formation, rien. [...] ça va être ça mon grand challenge, à mon âge, de retenir tout ça. Il n'y a rien à faire, je n'ai plus la mémoire d'il y a 20 ans » (extrait de l'entretien 17).

« Au début, je serai en surplus du staff, je serai en plus. Donc au début, je vais un peu les regarder puis il va falloir que je fasse. Je ne sais pas encore comment ça va se passer exactement » (extrait de l'entretien 5).

« Je suis sortie de l'école, ce n'était pas hier quoi. C'est en 1979. Depuis, j'ai fait exclusivement de la pédiatrie. J'ai fait des stages chez les adultes, oui, quand j'étais aux études mais ce n'est pas la même chose que de prendre un service. Les techniques je ne les connais pas, les traitements actuels, je ne les connais pas, les nouvelles pathologies... Et puis moi, je vais arriver dans un service adulte, comme stagiaire, à 58 ans, avec 35 ans de carrière derrière moi. Ça fait mal » (extrait de l'entretien 8).

Même si cette reconversion est difficile et demande beaucoup d'efforts, l'ensemble des personnes interrogées ont avoué, finalement, trouver du positif dans la nouvelle fonction. Un sentiment de résignation a souvent été perçu : *« de toute façon, je n'ai pas le choix »* (extrait de l'entretien 12).

Le désir de recommencer à travailler et de retrouver une identité sociale perdue lors de l'arrêt de travail, pousse les infirmières à chercher une satisfaction nouvelle dans leur activité professionnelle. La plupart affirment avoir tout doucement, retrouvé du sens à leur travail.

« Et puis maintenant, après 4 mois, cette mise en place des cathéters et ces prises de sang sont passées au second plan. Je suis contente d'avoir toujours un contact social avec les gens. J'aime bien les écouter. J'ai trouvé un plus dans ce travail » (extrait de l'entretien 6).

L'acceptation de son handicap semble être, pour le travailleur, une étape importante dans le processus de réintégration sociale et professionnelle. Comme exposé précédemment, le sentiment de résignation et d'acceptation des problèmes de santé marque souvent le commencement du travail de

réadaptation dans une nouvelle activité professionnelle. La personne se rend compte que sa santé ne lui permet plus d'exercer l'ancienne fonction et qu'il faut désormais « vivre avec » et l'accepter.

« De temps en temps, j'ai un pincement au cœur mais il faut passer le cap, il faut s'adapter. Qu'est-ce-que vous voulez ? Ma santé fait que, on recommence autre chose » (extrait de l'entretien 17).

« Tu sais, on vieillit et il faut vivre avec. Même si j'ai des problèmes, j'ai la chance de vieillir » (extrait de l'entretien 6).

« Il faut vivre avec. On sait qu'on a le dos fragile, on sait ce qu'on peut faire et ce qu'on ne peut pas faire. Je crois que la douleur et les mouvements, tout ça s'apprivoise finalement. Tu dois apprendre à vivre avec ta maladie quelque part » (extrait de l'entretien 9).

Plusieurs personnes interrogées ont évoqué la difficulté d'accepter ce statut de malade ou d'handicapé.

« Il y a peu de temps, le fait d'accepter de vivre avec ma maladie, c'est beaucoup plus facile dans mon travail. Parce que vivre contre, il n'y a rien à faire, c'est beaucoup plus de fatigue. [...] Au début, je ne voulais pas faire de kiné régulièrement parce que je n'avais pas envie d'avoir une vie de malade, mais maintenant, c'est intégré » (extrait de l'entretien 14).

« Il m'a quand même fallu un petit temps pour me rendre compte que j'étais un petit peu handicapée. Parce que je ne voulais pas l'être » (extrait de l'entretien 6).

« J'ai mon encart maintenant, mon gros panneau, parce que maintenant, ils sont grands comme ça ! Un énorme panneau handicapé ainsi, que vous devez mettre sur votre voiture. J'ai difficile à me mettre sur une place d'handicapé, je le dis franchement. [...] Quand je vais faire mes courses, je préfère me mettre sur des places normales que sur des places d'handicapés, c'était juste pour ici, au travail, que je demandais l'encart handicapé » (extrait de l'entretien 18).

« Mon handicap, je dois vivre avec, je n'ai pas le choix. Il fait partie intégrante de moi mais je n'ai pas encore tout accepté. La révolte gronde toujours, la colère de ne plus savoir faire certaines choses. Et puis, tout le poids que j'ai pris, je n'arrive pas à le perdre » (extrait de l'entretien 11).

Parfois, parler de sa maladie ou de ses problèmes de santé comme d'un « handicap » n'est pas chose aisée.

« Passer l'aspirateur dans une pièce, ce n'est rien, balayer, ce n'est rien. Mais pour moi, c'est un monde. Quelque part, c'est handicapant mais je ne me considère pas comme handicapé. Je ne l'accepte pas trop. Mais je crois que je n'ai pas le choix. Si je n'accepte pas mon handicap... Enfin non, pas handicap... Si, handicap, cette maladie, cette saloperie... » (extrait de l'entretien 18).

La particularité du milieu hospitalier et du métier de soignant semble apporter aux infirmières une vision relative de leur handicap. En effet, elles sont confrontées au quotidien aux maladies, aux cancers ou aux accidents de la route dans leur travail, ce qui leur permet d'amoindrir et de minimiser les impacts de leur handicap et de la gestion défaillante de l'hôpital en matière de retour à l'emploi.

« J'ai une maladie mais je pense qu'il y a pire. Quand je vois parfois les personnes qui viennent à l'hôpital, les accidents de voiture ou quoi. Je me dis qu'il y a pire. C'est important pour les patients, d'avoir quelqu'un de positif devant eux. Ils ne viennent pas à l'hôpital par plaisir donc c'est important pour eux » (extrait de l'entretien 10).

« Quand je vois tous les malheurs des gens, les cancers, on ne va pas se plaindre pour des douleurs de dos ! Quand tu as les cancéreux qui viennent te trouver et qui te parlent de leur truc, tu te dis, mon Dieu, mon dos, ce n'est rien du tout » (extrait de l'entretien 16).

Le fait de s'être retrouvées quelques fois « de l'autre côté », dans un lit d'hôpital, à cause de problèmes de santé, leur permet d'être d'autant plus attentives aux patients et à leurs souffrances.

« C'est vrai que ça n'a pas été du tout facile pour moi mais je pense que maintenant, quand des gens viennent se faire piquer, je comprends mieux certaines choses » (extrait de l'entretien 6).

« Mon burn-out m'a permis d'accepter les autres dépressifs. Un burn-out, c'est une dépression. Ça me permettra d'être un peu plus cool, un peu moins rigide avec les gens qui sont obligés de prendre des antidépresseurs. Avant, j'étais beaucoup moins compréhensive, j'avais envie de leur mettre des pieds au derrière et de leur dire : « reprends-toi ! » (extrait de l'entretien 7).

Vu le manque de soutien professionnel qu'elle a vécu pendant son arrêt maladie, une infirmière s'est donnée la mission d'être plus particulièrement attentive aux personnes qui se sont absentes et qui doivent revenir travailler.

« J'ai appris à me détacher de ça [manque d'intérêt de la Direction et service RH], je m'y suis habituée. Maintenant moi, qui suis infirmière ICANE, par rapport aux gens qui reviennent après une maladie ou qui sont transférés dans de nouvelles unités, je suis excessivement attentive à eux. [...] À travers ce que j'ai vécu, je m'en fais une mission, je me sens ce rôle-là. Et je pense que si je fais ce rôle-là correctement, peut-être que je me guérirais. C'est tellement important d'être bienveillant vis-à-vis de quelqu'un. Chez nous, le côté humain des ressources humaines ou de la Direction, c'est terriblement défaillant. Je suis encore surprise que dans une institution comme ça, ce ne soit pas encore le cas » (extrait de l'entretien 4).

V. Obstacles au retour à l'emploi

L'attitude négative des nouveaux collègues de travail peut être un frein à la bonne adaptation et intégration dans le nouveau service. Un sentiment de jalousie peut s'installer dans le chef des collègues qui considèrent la personne reclassée comme favorisée et à qui on accorde des avantages.

C'est le cas, notamment, lorsque des adaptations d'horaire sont appliquées (travail de jour et non de nuit) ou que le travailleur bénéficie d'une compensation financière de l'AViQ pour son salaire.

« Deux collègues m'ont rendue la vie impossible car elles faisaient les nuits et pas moi. Dans le service, je n'avais plus aucune aide même en cas de réanimation, là où il faut être minimum deux pour la sécurité des patients » (extrait de l'entretien 6).

« Deux collègues étaient très hostiles et ne me disaient pas bonjour quand j'arrivais. Je n'avais jamais imaginé ça. Il y en avait une qui était veuve depuis pas longtemps et qui m'en voulait parce qu'elle demandait depuis longtemps un temps-plein et qu'on ne lui accordait pas. Elle était en ¾ temps. Et moi j'arrive, barda, avec un 4/5^{ème} temps. Elle ne me parle quasi toujours pas mais bon, maintenant, je l'ai compris » (extrait de l'entretien 10).

Lorsque le handicap est invisible, c'est le cas ci-dessous, d'une infirmière atteinte de fibromyalgie, la lenteur et la fatigue occasionnées par la maladie peuvent être perçues, par l'entourage professionnel, comme de la paresse ou de la nonchalance.

« Je suis fibromyalgique. J'ai souvent des douleurs au niveau des jambes et des raideurs aux mains, des décharges électriques dans les épaules et la nuque. Dans mon métier, j'ai trouvé des petits moyens pour contourner certaines difficultés. Certains collègues m'ont enfoncée sans savoir ce que j'avais. [...] Je ne travaille plus le matin, je suis trop raide, ça a été pris pour de la paresse » (extrait de l'entretien 11).

VI. Analyse

A travers ce troisième chapitre, il nous a été possible de dégager différentes conclusions quant aux impacts de la politique de gestion du handicap, employée par le CHR, sur son personnel.

Premièrement, la fonction d'infirmière a été repérée comme particulièrement sujette aux handicaps. La charge de travail a souvent été qualifiée par les enquêtées d'extrêmement lourde et les conditions de travail pénibles. Le mauvais contexte budgétaire de l'hôpital et les nouvelles mesures en matière de santé publique, ont entraîné une réduction de l'encadrement infirmier, ce qui pousse celui-ci à devoir travailler plus vite dans des conditions plus stressantes. Selon une personne interrogée, une infirmière prend en charge environs trente patients, assistée de jour, par une ou deux aides-soignantes alors que la nuit, elle est seule. Les horaires décalés en pause rendent également le travail plus dur et la récupération plus difficile.

Les conditions de travail pénibles, additionnées d'un vieillissement du personnel infirmier difficilement remplaçable par manque de jeunes diplômés (selon le DRH, un grand nombre d'infirmières au CHR approchent de l'âge de la retraite) créent des handicaps physiques et psychologiques, et nuisent à la santé. Les infirmières interrogées ont souffert d'un épuisement physique et mental, de blessures physiques et de maladies diverses.

L'absence d'une politique RH en matière de maintien à l'emploi, de reclassement professionnel ou d'amélioration du milieu de travail semble d'autant plus surprenante vu l'état de la situation du personnel infirmier. À ce propos, nous pouvons reprendre l'étonnement de Levet (2007) face au retard du secteur de l'emploi en matière notamment du maintien au travail. Dans une logique de prise de conscience actuelle qui considère le handicap comme principalement fruit d'une inadaptation de l'environnement et des conditions de travail, comment se fait-il que ces conditions de travail ne soient pas améliorées? Levet (2007) admet qu'il s'agit certainement de la mauvaise qualité de l'emploi qui génère les situations de handicap ou qui les aggrave.

Héas (2010) avait également pointé ces entreprises qui préfèrent reclasser son personnel handicapé, sans pour autant modifier les conditions de travail pénibles qui détériorent l'état de santé des travailleurs. Les solutions visent uniquement à réparer et à compenser des douleurs physiques ou mentales et non à modifier les conditions générales de l'activité de travail risquée. L'objectif est bien de réparer et non de prévenir les risques liés au travail (*ibid*).

Ce manque d'intérêt et de préoccupation de la Direction et du service RH porté aux conditions de travail et aux questions relatives au maintien dans l'emploi est très nettement perçu et cerné par les personnes interrogées. C'est durant la période d'arrêt de travail que les impacts de cette gestion défaillante ont été les plus ressentis.

La plupart des personnes interrogées ont vécu un arrêt de travail plus ou moins long, de huit semaines à quinze mois. L'arrêt de travail a souvent été décrit comme particulièrement difficile psychologiquement. À la maladie, s'est ajouté un sentiment d'abandon professionnel, dû à l'absence de contact avec l'hôpital, qui s'est exacerbé lorsqu'aucune solution de reclassement n'était trouvée.

Un sentiment de culpabilité, d'être « payée à ne rien faire » émerge alors chez la personne en arrêt de travail. Cette situation touche les travailleurs dans leur estime d'eux-mêmes qui se qualifient quelques fois de « bons à rien ». « Travailler crée un sentiment de conformité à une norme sociale et à un système de valeurs qui permet de garder le respect de soi et sa dignité » (Baril & Martin, 1993 : 116).

Cette situation prolongée peut créer, chez les travailleurs accidentés, un stigmate dévalorisant. Dans une société qui valorise le travail, ils se considèrent comme des profiteurs du système ; préjugé négatif qu'ils avaient pu avoir, dans le passé, à l'égard d'autres collègues accidentés (Baril & Martin, 1993).

La plupart des femmes interrogées se qualifiaient d'autonomes et de dynamiques avant leurs problèmes de santé ; se retrouver en arrêt de travail les dévalorise socialement, ce qui les entraîne à adopter une perception parfois négative d'elles-mêmes. Cette perception négative de soi se fait surtout en comparaison avec l'état pré-accidentel (Baril & Martin, 1993). Les personnes rencontrées avaient

toujours été très actives et indépendantes. Leur état de santé les fait basculer, presque du jour au lendemain, dans le champ de la dépendance envers les autres (*ibid*).

En plus de l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle, les inaptitudes physiques les empêchent parfois de participer pleinement aux activités sociales et de loisir (faire des courses, participer aux fêtes de famille, aller au restaurant...). Baril et Martin (1993), remarquent que cette situation peut mener à l'isolement progressif du travailleur accidenté. « L'ennui, la douleur, la perte d'identité, la dépendance et la perte de dignité sont les ingrédients qui, selon les travailleurs, caractérisent le plus souvent ces périodes d'attente et sont propices au développement d'états dépressifs » (*ibid* : 118).

Dans la majorité des cas étudiés, la famille et les proches deviennent en quelque sorte la bouée de secours pendant la période d'arrêt de travail. Les personnes interrogées ont souvent souligné le soutien des enfants ou du conjoint. Ils constituent alors le dernier lien social qui perdure pendant l'arrêt de travail. Pour reprendre Baril et Martin (1993 : 115) : « la famille devient alors le dernier retranchement et assure ce qu'il est convenu d'appeler une protection rapprochée ».

Le moment du retour à l'emploi a souvent laissé les personnes interrogées vulnérables et désemparées. Dans les cas de reclassements professionnels, quitter un emploi et son équipe n'est pas chose aisée, surtout lorsque la personne a de longues années d'ancienneté derrière elle. Le passage d'une fonction qui avait été, la plupart du temps, choisie par passion et qui conférait une place dans la société, vers une fonction souvent moins enrichissante et plus faible en responsabilités, est vécu, par les infirmières, comme une sorte de déqualification professionnelle ou de « déclassement ». Ce qui n'améliore pas l'image, déjà entachée, qu'elles ont d'elles-mêmes.

De plus, l'absence de formation et d'accompagnement de l'agent peut alors être vécue comme une sorte de second abandon professionnel. Les infirmières reclassées doivent souvent se débrouiller seules pour réapprendre un nouveau métier ; elles sont déstabilisées face à une situation qu'elles n'avaient pas prévue ni même envisagée. Guevel et Roussel (2015 : 21) qualifient ce moment de « remise en question qui fragilise les agents déjà affectés par l'apparition de leur handicap ».

L'expérience et la confiance en soi dans la pratique du métier, que les personnes avaient acquises tout au long de leur carrière professionnelle, s'effondrent et elles se retrouvent souvent démunies et obligées de repartir à zéro dans une nouvelle profession totalement inconnue. Selon Baril et Martin (1993 : 112), cette situation est d'autant plus difficile lorsque les travailleurs « doivent apprendre à vivre et à travailler avec des douleurs occasionnelles ou parfois persistantes, avec une fatigue accrue et surtout avec la peur d'une rechute et de ses conséquences ».

Cette situation difficile peut être exacerbée par l'absence de préparation ou de sensibilisation auprès du futur service « hôte ». Il n'est pas rare que l'arrivée d'un travailleur en situation de handicap dans un nouveau service suscite des sentiments de rancœur et de jalousie de la part des collègues qui

considèrent la personne reclassée comme privilégiée et protégée. Selon Baril et Martin (1993), un mauvais climat de travail peut alors s'installer et empêcher la bonne intégration du travailleur.

Lors de nos entretiens, nous n'avons perçu, chez les personnes interrogées, aucun sentiment de gratitude ni de reconnaissance vis-à-vis de l'hôpital ; pour la plupart d'entre elles, leur reclassement ou aménagement professionnel est seulement le fruit d'une obligation légale à respecter, et non celui d'une priorité sociale menée par leur employeur. En outre, dans la majorité des cas rencontrés, les nouvelles affectations avaient été trouvées de manière informelle par l'intéressée elle-même ou ses collègues.

La réinsertion et la réadaptation professionnelle des travailleurs en situation de handicap exigent une démarche d'acceptation de ses incapacités et de ses limites fonctionnelles (Baril & Martin, 1993). D'après les enquêtées, accepter son état de santé et son handicap, même si cela a été qualifié de difficile, a permis une adaptation progressive dans le nouvel emploi. Vivre avec le handicap et se résigner face à sa santé, a fait émerger, chez les travailleurs, des éléments positifs et un nouvel enrichissement dans leur nouvelle fonction.

De plus, la particularité du milieu hospitalier semble avoir relativisé les impacts du handicap en comparaison aux malades et aux accidentés que les infirmières croisent chaque jour.

CONCLUSION

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous nous sommes intéressés, dans un premier temps, à l'identification de la politique RH en matière de handicap menée par un hôpital public de taille moyenne, se situant dans la Province de Liège. Nous avons ensuite, tenté de dégager les impacts de cette politique sur les travailleurs concernés.

Face à des sociétés de moins en moins homogènes et une population de plus en plus diversifiée (Cornet & Warland, 2008), nous avons pu constater que les entreprises peuvent adopter différentes stratégies. Le devoir d'exemplarité de la fonction publique sur la nécessité de représenter l'ensemble de la population dans son personnel et d'intégrer les travailleurs les plus fragiles, devrait se traduire, *a priori*, dans des politiques de gestion des ressources humaines favorisant l'intégration et le maintien à l'emploi des personnes en situation de handicap.

La littérature scientifique décrit différentes stratégies menées par les entreprises pour faire face à des situations de handicap. D'un côté, les entreprises qui s'engagent dans des politiques et des pratiques de gestion de la diversité afin de lutter contre toute forme de discrimination ; en matière de handicap, ces entreprises élaborent de véritables politiques RH proactives qui encadrent l'embauche, le retour et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés. D'un autre côté, les entreprises qui ne se sentent pas ou peu concernées par le sujet et qui ne priorisent pas ou peu le handicap dans leur politique sociale globale.

Après notre étude de terrain, nous avons pu classer l'hôpital public étudié dans la seconde catégorie d'entreprise. En effet, à travers les propos recueillis, nous avons pu constater que le CHR adopte une attitude réactive et non proactive face au handicap. La mise en conformité avec la législation est rudimentaire et se traduit par une reconnaissance interne du personnel handicapé sans engagements extérieurs. La prise en considération de la thématique du handicap n'en est qu'aux balbutiements et ne s'inscrit dans aucune politique des ressources humaines globale.

Pour ce qui est du maintien dans l'emploi, il constitue « une notion abstraite qui n'existe pas en tant que telle, ce qui limite considérablement sa traduction dans les politiques managériales » (Dujin & Maresca, 2010 : 43).

Par ailleurs, nous souhaitons préciser que nos conclusions et discussions sont à considérer avec prudence. La situation décrite ci-dessus a peut-être évolué depuis notre dernière visite. De plus, étant donné les limites de notre échantillon, le diagnostic élaboré au cours de ce travail ne peut être généralisé à l'ensemble des travailleurs du CHR. Malgré ces limites, nous avons pu récolter, au fil des entretiens, des informations nous permettant de dégager les effets et les impacts d'une gestion réactive du handicap sur plusieurs travailleurs du CHR.

La politique de gestion du handicap au CHR a, apparemment, une conséquence assez négative et néfaste sur personnel concerné. Pendant l'arrêt de travail, un sentiment d'abandon professionnel, cumulé d'une perception assez négative de soi et d'une perte de dignité, peuvent entraîner des états dépressifs et un isolement social progressif.

Si un reclassement est envisagé, les infirmières nous ont semblé démunies et désemparées face à une nouvelle profession pour laquelle elles n'avaient reçu aucune formation. La plupart se sont débrouillées seules pour trouver une nouvelle affectation sans aide du service des ressources humaines. Elles ne se sentent ni reconnaissantes ni redevables à l'institution qui les emploie et quelques fois, un sentiment de rancœur peut poindre. Il semblerait que ce soit leur contrat de statutaire leur conférant divers avantages (sécurité d'emploi et financière), qui les a convaincues de rester fidèles à l'institution publique.

Dans le milieu hospitalier, la prise en compte du personnel soignant semble d'autant plus importante et vitale. En effet, la qualité des soins prodigués aux patients dépend directement du bien-être du personnel infirmier. Une institution hospitalière, telle que le CHR, qui se positionne très clairement comme un centre de référence à vocation régionale et qui prend en charge près de 99.300 hospitalisations par an devrait être vigilant à son personnel. Quelques pistes d'amélioration vont être évoquées afin d'éviter des répercussions négatives sur les travailleurs en situation de handicap.

Tout d'abord, il semblerait opportun d'améliorer les conditions de travail du personnel infirmier. En effet, elles ont souvent été qualifiées, au fil de nos entretiens, de génératrices d'handicaps. La lourde charge de travail, les nombreuses heures supplémentaires, les horaires de travail imprévisibles et l'absence de soutien de la Direction entraînent stress, épuisement et blessures physiques.

Les conditions de travail pénibles additionnées d'un personnel infirmier de plus en plus âgé, multiplient les risques de handicap. Selon Héas (2010), il faudrait mettre en place un aménagement préventif des conditions de travail afin de garantir la sécurité et la santé des travailleurs. « Une démarche anticipatrice de prévention peut permettre d'éviter les risques de détérioration de l'état de santé du salarié » (Héas, 2010 : 6).

Un « référent » handicap pourrait ensuite être désigné au sein de l'hôpital. D'après Everaere (2010 : 25), « les entreprises qui parviennent à des résultats sensibles en matière d'emploi de personnes handicapées ont en commun d'avoir identifié et nommé un(e) responsable en charge de cette question ». Ce référent handicap aurait pour mission la prise en charge des handicaps au sein de l'hôpital, dans un rôle de sensibilisation, de conseil et d'animation (Everaere, 2010).

Plus précisément en matière de maintien dans l'emploi du personnel handicapé, il pourrait, en collaboration avec le service des ressources humaines et la médecine du travail, garder contact avec les

travailleurs en arrêt maladie. Un dialogue régulier avec ceux-ci permettrait d'anticiper le retour au travail et surtout, d'éviter le sentiment d'abandon décrit lors des entrevues.

Le référent handicap, qui aurait une connaissance globale de la situation de l'hôpital, se chargerait de chercher les meilleures solutions de reclassement. Si besoin, il pourrait proposer une formation à la personne reclassée afin qu'elle ne se sente pas démunie face à l'inconnu. Cette formation permettrait une meilleure adaptation et efficacité du travailleur dans sa nouvelle activité. Certaines places pourraient également être « réservées » pour le personnel qui commence à présenter des inaptitudes physiques.

Everaere (2010), précise que le référent handicap pourrait s'assurer que la réaffectation des personnes handicapées ne se fasse pas automatiquement dans des postes administratifs. Selon lui, cette pratique semble inappropriée à deux niveaux : « il y a à la fois une perte de compétence (là où se produisent généralement les accidents du travail), et il y a aussi une forme de traumatisme supplémentaire vécu par la personne handicapée qui doit apprendre à exercer un métier complètement différent » (Everaere, 2010 : 28).

Il convient alors d'avoir une connaissance précise des compétences de la personne handicapée, de repérer ce qu'elle peut et ne peut plus faire en fonction de ses inaptitudes afin d'élaborer une solution « sur-mesure » et d'adapter la charge de travail à son handicap spécifique (Everaere, 2010).

Un autre aspect important du rôle du référent handicap serait celui de la sensibilisation et de l'information auprès de l'ensemble du personnel de l'hôpital. Des actions de communication pourraient être menées afin d'apaiser les craintes et les perceptions liées au handicap (Guevel & Roussel, 2015). Les futurs collègues de la personne reclassée pourraient être informés sur les difficultés et les problèmes de santé de l'agent en situation de handicap. Ces actions permettraient la création d'un climat de confiance dans le futur collectif de travail et une meilleure intégration de l'agent reclassé (Everaere, 2010).

Toutes ces pistes d'amélioration et de prise en compte du handicap dans une politique RH globale, ne peuvent se concrétiser sans une réelle volonté de changement de la part de la Direction et sans l'allocation de moyens financiers et humains correspondants.

BIBLIOGRAPHIE

Articles

- AMIRA Selma, MERON Monique, 2004, « L'activité professionnelle des personnes handicapées », *France, portrait social 2004/2005*, pp. 173-193.
- BAREL Yvan, FRÉMEAUX Sandrine, 2010, « Quel sens ont les démarches d'intégration des salariés en situation de handicap pour les parties prenantes ? Le sens donné par les DRH et chargés de mission », *Management & Avenir* 2010/3, n°33, pp. 204-222.
- BARIL Raymond, MARTIN Jean-Claude, 1993, « Isolement et vulnérabilité des travailleurs accidentés », *Revue internationale d'action communautaire*, n°29, pp. 109-120.
- BARNAY Thomas, DUGUET Emmanuel, LE CLAINCHE Christine, NARCY Mathieu, VIDEAU Yann, 2014, « L'impact du handicap sur les trajectoires d'emploi : une comparaison public-privé », *Université Paris-Est*, pp. 1-41.
- BAUDOT Pierre-Yves, BORELLE Céline, REVILLARD Anne, 2013, « Politiques du handicap. Introduction », *Terrains & Travaux* 2013/2, n°23, pp. 5-15.
- BERENI Laure, 2011, « Le discours de la diversité en entreprise : Genèse et appropriations », *Sociologies pratiques* 2011/2, n°23, pp. 9-19.
- BLANC Alain, 2010, « L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés en France : Principes et réalités », *Pratiques psychologiques* 16, pp. 3-19.
- BONNETON Robert, 2004, « Le travail : handicap ou valorisation selon l'histoire et la littérature », *Empan* 2004/3, n°55, pp. 12-17.
- BOUDAUD Akim, 2008, « Du handicap à la reconnaissance de la situation de handicap... », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence* 2008/3, n°73, pp. 19-26.
- CHAPELLE Frédéric, 2004, « Le handicap, cause ou conséquence du travail ? », *Empan* 2004/3, n°55, pp. 34-37.
- DE BACKER Bernard, 2006, « Emploi des personnes handicapées. Des ateliers de moins en moins protégés ? », *La revue nouvelle*, n°7-8, pp. 67-73.
- DE BECO Gauthier, 2013, « Le droit au travail des personnes handicapées en vertu de l'article 27 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, avec application en Flandre », *Revue belge de Sécurité Sociale*, pp. 563-584.
- DEBORDEAUX Danièle, 1994, « Désaffiliation, disqualification, désinsertion », *Recherches et Prévisions*, n°38, pp. 93-100.

- DUJIN Anne, MARESCA Bruno, 2010, « La question du maintien dans l'emploi après une longue maladie dans les entreprises françaises », *La Revue de l'Ires* 2010/4, n°67, pp. 39-58.
- EVERAERE Christophe, 2010, « Insertion et maintien dans l'emploi des personnes handicapées. Le cas des grandes surfaces de bricolage », *Revue française de gestion* 2010/3, n°202, pp. 13-31.
- FANTONI-QUINTON Sophie, 2010, « Étendue et limites de l'obligation de reclassement à l'égard des personnes présentant une inaptitude en France », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, pp. 1-12.
- FOHAL Luc, 2013, « Les soutiens de l'A.W.I.P.H au retour... et au maintien à l'emploi », in DAVAGLE Michel (dir.), *Le maintien au travail de travailleurs devenus partiellement inaptes*, Anthemis, pp. 229-250.
- GARDIEN Eve, 2006, « Travailleur en situation de handicap : de qui parle-t-on ? Pour une analyse des situations partagées », *Reliance* 2006/1, n°19, pp. 50-59.
- GARREAU Lionel, 2012, « La méthode enracinée », *Revue internationale de psychosociologie*, 18/44, pp. 89-115.
- GOHET Patrick, 2004, « L'emploi au cœur de la nouvelle politique du handicap », *Empan* 2004/3, n°55, pp. 41-42.
- GUEVEL Marie-Renée, ROUSSEL Pascale, 2015, « Handicap et emploi dans la fonction publique dans un contexte budgétaire contraint », *Module interprofessionnel de santé publique*, pp. 1-48.
- HÉAS Franck, 2010, « Pénibilité au travail : reclasser ou prévenir ? », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, pp. 1-12.
- HEYER Katharina *et al.*, 2013, « Droits ou quotas ? L'American with Disabilities Act (ADA) comme modèle des droits des personnes handicapées », *Terrains & travaux*, 2013/2 n°23, pp. 127-158.
- LEVET Pascale, 2007, « Recruter et intégrer des travailleurs handicapés », in BARTH Isabelle, FALCOZ Christophe (dir.), *Le management de la diversité – enjeux, fondements et pratiques*, Recherches en gestion, L'Harmattan, pp. 153-173.
- LOUVET Eva, ROHMER Odile, 2006, « Être handicapé : Quel impact sur l'évaluation de candidats à l'embauche ? », *Le travail humain*, 2006/1 (Vol.69), pp. 49-65.
- NASCHBERGER Christine, 2008, « La mise en œuvre d'une démarche « diversité en entreprise ». Le cas de l'intégration des personnes en situation de handicap », *Management & Avenir* 2008/4, n°18, pp. 42-56.
- POINT *et al.*, 2010, « (Re)considérer le handicap : regards croisés sur les approches en entreprise », *Management & Avenir* 2010/8, n°38, pp. 293-305.

Ouvrages

BARTH Isabelle, FALCOZ Christophe (dir.), 2007, *Le management de la diversité – enjeux, fondements et pratiques*, Éditions L’Harmattan, Paris (Coll. Recherches en gestion).

CORNET Annie, WARLAND Philippe, 2008, *GRH et gestion de la diversité*, Éditions Dunod, Paris (Coll. Les Topos).

CORNET Annie, WARLAND Philippe, 2014, *Gestion de la diversité des ressources humaines. Guide pratique*. 3^e édition. Éditions de l’Université de Liège.

DAVAGLE Michel, 2013, *Le maintien au travail de travailleurs devenus partiellement inaptes*, Éditions Anthémis.

QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc, 2011, *Manuel de recherché en sciences sociales*, 4^e édition, Éditions Dunod, Paris.

Sites Internet

<https://www.aviq.be/handicap/>, consulté le 10/11/2015

<http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=23570>, consulté le 15/11/2015

<http://www.ediv.be/site/fr/content/definition-de-l-handicap>, consulté le 16/07/2016

<http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/travailvie/emploi/professions/>, consulté le 01/08/2016

ANNEXES

ANNEXE 1 : PREMIÈRE GRILLE D'ENTRETIEN

Thèmes	Questions
Profil de la personne interrogée	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est votre parcours scolaire ? (études) - Depuis quand travaillez-vous ici ? - Quel est votre rôle au sein de l'organisation ? Dans quel service travaillez-vous ? - En quoi votre travail est-il en relation avec les personnes handicapées ? - Avez-vous suivi une formation quelconque en matière d'intégration des personnes handicapées ou de gestion de la diversité ? - Etes-vous militant de cette cause ? - Quelle est votre motivation, pourquoi êtes-vous investi de cette cause ? - Quelles sont vos expériences ? - Selon vous, qu'est-ce qu'il est important pour occuper votre fonction ? (compétences, connaissances...)
Personnes impliquées en matière d'intégration des personnes handicapées	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les personnes ressources, les différents acteurs impliqués ? - Quels sont leurs rôles ? - Service diversité, service juridique, service RH, médecin du travail, syndicats, ergonome, organismes... ? - Existe-il des personnes spécialisées en matière d'intégration et de maintien de l'emploi des personnes handicapées au travail au sein de l'entreprise? - Existe-il une cellule spécialisée dans ce domaine ?
Entreprise	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous me présenter brièvement l'hôpital dans lequel vous travaillez ? <p style="text-align: center;"><i>Intégration et maintien de l'emploi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les politiques - actions mises en œuvre en matière d'intégration ou maintien de l'emploi des personnes handicapées ? (aménagement réalisés, accompagnement, procédures, gestion du temps de travail...) - Par qui et comment sont-elles mises en œuvre ? - Quels ont-été leur impact ? - Quels sont les moyens mis en place ?

	<p>Financiers et humains.</p> <p><i>Accessibilité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Votre entreprise est-elle accessible aux personnes souffrant d'un handicap ? (pictogrammes, accès PMR, transports en commun,...) - Avez-vous déjà installé des aménagements raisonnables au profit des personnes handicapées dans votre entreprise ? Pouvez-vous les décrire ? - Organisez-vous des activités spécifiques ? (salons,...) - Existe-t-il une sensibilisation du personnel au handicap ? - Quelle est la procédure à suivre en cas de plainte ? A qui la personne handicapée peut-elle s'adresser – personne de contact ? - Avez-vous déjà eu des plaintes de personnes handicapées ? Comment se sont-elles déroulées ? Avez-vous installé des procédures, routines pour éviter que cela se reproduise ? - Avez-vous déjà eu des cas d'accidents de travail ? - Comment faites-vous concrètement pour respecter les quotas d'embauche de personnes handicapées ? - Quelles sont les aides des autorités que vous percevez ?
Personnes handicapées	<ul style="list-style-type: none"> - A quel type de handicap devez-vous faire face dans votre entreprise ?

ANNEXE 2 : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PERSONNES INTERROGÉES

N°	Sexe	Age	Fonction	Etat civil	Enfants	Handicap	Arrêt de travail	Ancien Service	Maintien à l'emploi par:	Nouveau service	Ancienne té
1	H	54	DRH	Marié	?	/	/	/	/	/	12 ans
2	H	56	Médecin du travail	Marié	?	/	/	/	/	/	10 ans chez Provikmo
3	H	55	Attaché bureau régional AViQ	Marié	?	/	/	/	/	/	11 ans à l'AViQ
4	F	55	Infirmière	Divorcée	/	Hernie discale	12 mois	Chirurgie	Reclassée	Infirmière ICANE	34 ans au CHR
5	F	57	Infirmière	Mariée	3	Prothèse au genou, problèmes aux pieds	13 mois	Maternité	Reclassée	Laboratoire	36 ans au CHR
6	F	59	Infirmière	Mariée	2	Prothèse au genou	12 mois + 5 mois	Réanimation	Mi-temps médical puis reclassée	Laboratoire	37 ans au CHR
7	F	51	Infirmière	Mariée	3	Burnout	10 mois	Soins intensifs	Reclassée	Chirurgie	21 ans au CHR
8	F	58	Infirmière	Mariée	1	Harcèlement moral puis fracture de l'épaule	15 mois après harcèlement	Pédiatrie	Reclassée d'abord à la crèche et aujourd'hui, en attente depuis 10 mois	?	37 ans au CHR
9	F	48	Infirmière	Mariée	2	Hernie discale	7 mois	Gériatrie	Reclassée	Laboratoire	27 ans au CHR

ANNEXE 2bis : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PERSONNES INTERROGÉES

N°	Sexe	Age	Fonction	Etat civil	Enfants	Handicap	Arrêt de travail	Ancien service	Maintien à l'emploi par :	Nouveau service	Ancienne té
10	F	50	Auxiliaire de soins puis Infirmière	Mariée	2	Plusieurs hernies discales	/	Endocrinologie	Reclassée	Laboratoire	30 ans au CHR
11	F	52	Infirmière	Mariée	1	Fibromyalgie	/	Soins intensifs	Aménagement d'horaire	/	21 ans au CHR
12	F	46	Infirmière	Mariée	0	Maux d'épaule	5 mois	Gériatrie	Reclassée	Archives	20 ans au CHR
13	F	55	Infirmière	Mariée	2	Renversée par une voiture, fractures multiples	9 mois	Gastroentérologie	Mi-temps médical	/	30 ans au CHR
14	F	37	Infirmière	Mariée	2	Maladie neurologique (Strümpell-Lorrain)	/	Chirurgie	Reclassée	Neurologie	16 ans au CHR
15	F	49	Infirmière	Mariée	1	Maux de dos	6 mois	Réanimation	Reclassée	Neurologie	25 ans au CHR
16	F	45	Infirmière	Divorcée	2	Écrasement du disque lombaire	9 mois	Gériatrie	En attente de reclassement depuis 3 mois	?	21 ans au CHR
17	F	53	Infirmière	Mariée	3	Maux de genoux, arthrose	3 mois	Pneumologie	Reclassée	Archives	27 ans au CHR
18	F	54	Secrétaire	Mariée	2	Asthme à l'effort	8 semaines	Entretien sanitaire	Aménagement d'horaire	/	9 ans au CHR

ANNEXE 3 : DEUXIÈME GRILLE D'ENTRETIEN

Profil de la personne interrogée :

- Pouvez-vous vous présenter ? Age, état civil, enfance,...
- Avez-vous des enfants ? Si oui, de quel âge ? Habitent-ils toujours chez vous ?

Parcours professionnel :

- Quel est votre parcours professionnel ? (études/différents emplois/...)
- Depuis combien de temps travaillez-vous au CHR ? Dans quel(s) service(s) ?
- Quelle est votre fonction ? Quelles sont vos principales tâches ? Comment se déroule votre journée ? Décrivez ce que vous faites, comment vous le faites (debout, assise, travail de nuit/de jour, temps plein/partiel, travail physique et dur ?)

Handicap :

- Quel est votre handicap/problème de santé ? Quand est-il survenu ? A cause de quoi ou comment est-il survenu ?

Handicap/Travail :

- Quelles conséquences cela a eu sur votre travail au CHR ? Décrivez la différence entre votre travail actuel et celui que vous faisiez quand vous n'aviez pas ce problème de santé. Congés maladie éventuels.
- Avez-vous été en arrêt de travail ? Si oui, pendant combien de temps ? Comment vous êtes-vous sentie ?
- Avez-vous eu droit à des aménagements d'horaire, un reclassement professionnel ? Quelles sont les solutions qui ont été prises pour faciliter votre travail ? Qui a pris les décisions ? Qui a financé ? Qui avez-vous rencontré ?
- Comment s'est déroulé votre retour à l'emploi ?
- Votre fonction actuelle vous convient-elle toujours malgré votre problème de santé ? Pensez-vous qu'elle soit toujours adaptée pour vous ? Pourquoi ?
- Pensez-vous que votre handicap/problème de santé est une gêne à votre travail ? Si oui, comment ? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
- Ou au contraire, votre problème de santé / handicap vous pousse à vous motiver et à vous donner plus dans votre travail ? Pourquoi ?
- Comment qualifieriez-vous la relation entre votre travail et votre handicap ?

Handicap/CHR :

- Par qui avez-vous été aidé à l'hôpital lorsque votre problème de santé est survenu ? (collègues, supérieurs hiérarchiques, médecine du travail, service du personnel, Direction.. ?) Décrivez les relations positives ou négatives que vous avez eues avec chacun des intervenants.
- Vos collègues et supérieurs hiérarchiques sont-ils au courant de votre handicap ? Par qui ont-ils été mis au courant ?
- Vos relations avec vos collègues ou supérieurs sont-elles changées/empirées/améliorées... depuis votre problème de santé ? Si oui, comment ?
- Vous êtes-vous sentie soutenue professionnellement lorsque votre problème de santé est survenu ? Ou plutôt laissée de côté ?

- Pensez-vous que votre handicap est pris en compte par la Direction de l'hôpital et par le service du personnel ? Pensez-vous qu'il s'agit d'un sujet qui leur tient à cœur et qu'ils font tout pour faciliter votre travail ? Ou pensez-vous qu'il s'agit d'une préoccupation secondaire ? Pourquoi ?
- Vous sentez-vous redevables à certaines personnes dans l'hôpital ?
- Disposez-vous d'une place de parking réservée aux personnes moins valides ? Depuis quand ? Qui a fait la demande ?
- Avez-vous été reconnue par l'AViQ ? Si oui ou non, pourquoi ? Qui vous a recommandé l'AViQ ? Les démarches ont-elles été faciles, difficiles pour vous ?
- Quelles sont les relations que vous entretenez avec l'AViQ ?

Acceptation du handicap :

- Comment percevez-vous votre handicap ? Avez-vous pleinement accepté votre handicap ? Fait-il partie de vous ? Ou avez-vous encore des problèmes à l'accepter ? Pourquoi ?
- Parlez-vous librement de votre handicap ou problème de santé ? Ou essayez-vous de la cacher au maximum ? Pourquoi ?

Handicap/vie privée :

- Vous êtes-vous sentie soutenue par votre entourage privé lorsque votre problème de santé est survenu ? Comment ?
- Quelles conséquences votre handicap a-t-il sur votre vie privée et quotidienne ? Quelles difficultés rencontrez-vous ?