CONFÉRENCE INVITÉE

L'HISTOIRE DU HANDICAP EN FRANCE : UNE PROPÉDEUTIQUE DE LA PDP POUR TOUS ?

Philippe ROLLAND
Directeur – SIST Narbonne – Narbonne

Introduction — Deux trajectoires pour comprendre la PDP

Le thème de ces Journées Santé-Travail — « *De l'aide à l'élaboration du DUERP à la PDP* » — invite à penser un continuum entre prévention collective et accompagnement des parcours. La prévention de la désinsertion professionnelle ne surgit cependant pas d'un seul mouvement législatif. Elle résulte de la rencontre de deux trajectoires longtemps parallèles : celle du handicap et de l'emploi, qui a progressivement appris à réparer, reclasser, insérer, compenser et maintenir ; celle de la santé au travail, qui s'est construite autour de la prévention, de l'analyse des risques et de la transformation du travail. Les mettre en regard permet de comprendre ce que le champ du handicap a préfiguré.

1. De l'assistance à l'invention du « travailleur handicapé »

À la fin du XIXème siècle, le handicap n'est pas encore une catégorie unifiée de l'action publique. Les personnes atteintes d'une infirmité relèvent surtout de l'assistance ; lorsqu'une atteinte est liée au travail, la loi du 9 avril 1898 organise l'indemnisation des accidents du travail.

La Première Guerre mondiale change ensuite d'échelle et de regard. La loi du 31 mars 1919 reconnaît une dette de la Nation envers les mutilés de guerre, puis la loi du 26 avril 1924 impose leur emploi aux entreprises. La réparation financière se double ainsi d'une première politique de réintégration par le travail (Romien, 2005).

Après 1945, cette logique s'élargit. L'ordonnance du 2 août 1945 reconnaît la silicose comme maladie professionnelle, tandis que se développent les dispositifs de rééducation et de reclassement. Surtout, la loi du 23 novembre 1957 fait apparaître la catégorie de « *travailleur handicapé* ». Le passage est décisif : le regard se déplace de l'origine de l'atteinte vers ses conséquences sur la possibilité d'obtenir ou de conserver un emploi.

La loi d'orientation du 30 juin 1975 affirme ensuite comme obligation nationale la prévention, les soins, l'éducation, la formation, l'emploi et l'intégration sociale des personnes handicapées. Le handicap entre dans le champ des droits, même si l'action demeure encore largement organisée autour de statuts et d'institutions spécialisées.

Les mots employés à chaque époque ne sont pas de simples variations de vocabulaire. Ils désignent une manière de voir la personne et déterminent les réponses jugées légitimes. L'« *invalide* » appelle d'abord réparation ; le « *mutilé* » porte la trace d'un dommage auquel la collectivité doit répondre ; le « *travailleur handicapé* » replace la question dans l'accès à l'activité et dans la possibilité d'y demeurer.

L'histoire du handicap est ainsi aussi une histoire du regard : la personne cesse progressivement d'être définie par la seule déficience pour être considérée dans ses capacités, son projet et les conditions concrètes de sa participation.

2. De l'obligation d'emploi à un système d'acteurs du maintien

La loi du 10 juillet 1987 constitue un nouveau jalon. Elle fixe à 6 % l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés et institue un fonds dont la gestion est confiée à l'Agefiph (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées), créée en 1988. La loi de 2005 étendra l'obligation au secteur public, avec la création du FIPHFP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique). Autour de l'obligation d'emploi se construit progressivement un système d'acteurs, de financements et de services. Le réseau Cap emploi développe une expertise de l'insertion professionnelle ; l'offre de services des Sameth (Services d'appui au maintien en emploi des

travailleurs handicapés), déployée à partir de 2005, spécialise l'appui au maintien en emploi. Cette expertise porte déjà une grammaire qui deviendra centrale : analyser la situation réelle, croiser les regards, rechercher des aménagements, mobiliser les compensations et éviter la rupture du parcours. L'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) soulignera en 2017 que plus du tiers des signalements adressés aux Sameth proviennent des médecins du travail (Aballea et al., 2017).

Le maintien en emploi déplace en outre la question posée. Il ne s'agit plus seulement de savoir si une personne reconnue handicapée peut accéder à un emploi réservé ou adapté, mais d'intervenir avant qu'un événement de santé ne produise une rupture. L'enjeu devient temporel autant que technique : repérer suffisamment tôt, comprendre le travail réellement accompli, associer le travailleur et l'employeur, puis construire une solution qui puisse durer. Cette démarche, expérimentée dans un champ spécialisé, préfigure directement les modalités actuelles de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP).

La Santé au travail suit parallèlement sa propre trajectoire. La loi du 11 octobre 1946 assigne à la médecine du travail une mission exclusivement préventive. Dès 1969, la réglementation inscrit l'action sur les postes et les conditions de travail parmi les missions du médecin du travail, tandis qu'une circulaire d'application prévoit qu'il y consacre un tiers de son activité. Le décret du 20 mars 1979 fait ensuite du tiers-temps une obligation réglementaire explicite. Certains médecins s'en saisissent précocement ; d'autres moins, dans un contexte déjà marqué par la démographie médicale et par une organisation très centrée sur les visites. Il faut donc éviter une lecture uniforme des pratiques (Aubin et al., 2007).

La directive-cadre européenne du 12 juin 1989, transposée notamment par la loi du 31 décembre 1991, renforce le déplacement vers l'amont : évaluer les risques, les réduire à la source, adapter le travail à l'homme et organiser une prévention collective. Les jalons du handicap précèdent ainsi ceux par lesquels la Santé au travail intégrera explicitement le maintien en emploi à ses missions ; mais les deux histoires travaillent déjà, selon des points de départ différents, sur les relations entre santé, activité et environnement.

3. La loi de 2005 : l'environnement devient constitutif du handicap

La loi du 11 février 2005 marque un changement conceptuel majeur. Elle définit le handicap comme une limitation d'activité ou une restriction de participation subie dans un environnement en raison d'une altération durable ou définitive.

Cette définition, cohérente avec la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ne nie pas les déficiences ; elle affirme qu'elles ne suffisent pas à expliquer la situation. Une même limitation peut produire des conséquences professionnelles très différentes selon le poste, l'organisation, les outils, le collectif, les compétences mobilisables et les possibilités d'évolution (OMS, 2001).

Le principe de compensation et l'exigence d'accessibilité traduisent ce déplacement. L'action ne vise plus seulement la personne : elle porte aussi sur l'environnement. L'aménagement doit être compris au sens large — technique, humain et organisationnel — et peut concerner le poste actuel, un autre poste ou une transition vers un autre employeur.

Le droit à compensation du handicap vise à répondre aux conséquences de celui-ci en mobilisant, dans la situation considérée, les aides et les aménagements nécessaires. Il contribue ainsi à rétablir, autant que possible, l'égalité des chances. Il oblige à tenir ensemble les caractéristiques de la personne et celles du milieu de travail. Ce milieu peut évoluer au sein d'une même entreprise par un aménagement ; il peut aussi changer avec une mobilité ou un nouvel employeur. Le parcours devient ainsi une dimension à part entière de l'intervention.

La Santé au travail aborde l'environnement depuis un autre point de départ : elle analyse les risques auxquels un collectif est exposé afin de prévenir l'altération de la santé et de transformer le travail.

Le champ du handicap part plus souvent d'une situation individuelle et recherche les conditions qui rendent l'activité et le parcours praticables. Ces approches ne sont ni étanches ni réductibles l'une à l'autre. Leur articulation prépare la PDP : agir simultanément sur le travail et sur la continuité du parcours.

4. L'aptitude comme relation située

Cette évolution conduit à reconsidérer l'aptitude. Elle ne peut être lue comme une propriété abstraite de la personne, indépendante du travail. Elle est une relation située entre un état de santé, les exigences d'un travail réel et un environnement déterminé. Modifier un outil, une répartition des tâches, un horaire, une organisation ou un collectif peut donc transformer la compatibilité entre la santé et le travail, sans que l'état de santé ait lui-même changé.

Parler de relation « *située* » ne revient pas à relativiser les exigences médicales ni les contraintes du travail. Cela signifie que le jugement n'a de sens qu'à partir d'éléments identifiés : une personne singulière, une activité réelle, un moment du parcours et des ressources effectivement mobilisables. L'inaptitude ne décrit donc pas une incapacité générale à travailler. Elle constate l'impossibilité, dans des conditions juridiquement définies, de poursuivre dans le poste considéré lorsque les solutions d'aménagement ont été examinées.

Le Code du travail traduit aujourd'hui cette contextualisation. L'avis d'inaptitude est formulé après une étude du poste et des conditions de travail, après échange avec le travailleur et l'employeur, et lorsque aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste occupé n'est possible. Le médecin doit également avoir réalisé ou fait réaliser une étude de poste et une étude des conditions de travail dans l'établissement, et indiquer la date à laquelle la fiche d'entreprise a été actualisée. L'appréciation porte donc sur une situation de travail déterminée et sur l'environnement de l'entreprise (Code du travail, art. L. 4624-3, L. 4624-4 et R. 4624-42).

5. La convergence vers la prévention de la désinsertion professionnelle

En 2011, prévenir la désinsertion professionnelle et contribuer au maintien dans l'emploi deviennent explicitement des missions des Services de Santé au travail, dans un cadre pluridisciplinaire. La loi du 17 août 2015 ouvre la possibilité de mobiliser des opérateurs de maintien en emploi. En 2016, l'orientation devient plus opérationnelle : le salarié qui anticipe un risque d'inaptitude peut demander une visite ; le médecin du travail peut proposer, après échange avec lui et l'employeur, des aménagements du poste ou du temps de travail et mobiliser l'équipe pluridisciplinaire ou un organisme compétent.

En 2021, la loi change d'échelle : la PDP devient l'un des trois piliers de l'offre socle des Services de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises (SPSTI). Elle se dote d'une cellule pluridisciplinaire et d'une obligation de coopération avec l'Assurance Maladie, les professionnels du soin et les acteurs de la compensation et de l'insertion. La PDP peut ainsi être comprise comme le point de rencontre de deux généalogies. Le champ du handicap lui apporte l'expérience de la compensation, de l'aménagement individualisé, de l'accompagnement des parcours et de la coopération entre acteurs. La Santé au travail lui apporte une culture de prévention collective, d'analyse des risques et de transformation du travail.

Cette convergence ne supprime pas la différence des échelles d'intervention. Le document unique et l'action en milieu de travail permettent d'identifier et de réduire des risques collectifs ; l'accompagnement d'une personne permet de mesurer comment ces risques, une pathologie ou une évolution des capacités affectent un parcours singulier. La PDP fait le lien entre les deux : l'analyse individuelle peut révéler un besoin de transformation collective, tandis que la connaissance de l'entreprise rend possibles des solutions individuelles qui ne se limitent pas à une compensation extérieure au travail.

Les principes élaborés dans le champ du handicap entrent progressivement dans le droit commun, au bénéfice de tous les travailleurs dont l'état de santé fragilise le parcours professionnel, sans faire disparaître l'expertise spécialisée disponible lorsqu'elle demeure nécessaire aux personnes en situation de handicap. Cette précision est essentielle : les cellules PDP des SPSTI n'ont pas vocation à recréer un « *Cap emploi bis* », mais à organiser la complémentarité des compétences.

Conclusion :
Le handicap comme laboratoire de l'accompagnement de tous

Au terme de ce parcours, l'histoire du handicap apparaît à la fois comme un progrès des droits et comme une transformation de notre manière de penser la relation entre la personne, sa santé, son travail et son environnement. De la réparation à l'insertion, puis à la participation et à la sécurisation des parcours, le champ du handicap a constitué un véritable laboratoire : partir du projet de la personne, analyser le travail réel, adapter l'environnement, compenser les limitations, intervenir précocement et coordonner les acteurs. Il ne constitue pas l'unique origine de la PDP, mais il a élaboré une part décisive de sa grammaire.

Dans cet écosystème, les Cap emploi sont des partenaires de terrain essentiels des SPSTI. Ils apportent leur connaissance des parcours, des dispositifs de compensation et de l'accompagnement conjoint du travailleur et de l'employeur. Cheops porte cette expertise à l'échelle nationale ; son rapprochement avec Présanse est juste dès lors qu'il construit des coopérations évitant les ruptures et les pertes de chance, sans confondre les missions des réseaux (Cheops, 2025 ; Présanse, 2024).

L'enjeu n'est plus seulement de maintenir une personne handicapée dans son poste, ni de maintenir quelqu'un à tout prix dans une situation devenue incompatible avec sa santé. Il est de préserver sa capacité à poursuivre une vie professionnelle : dans son poste lorsque cela est possible, dans un poste transformé lorsque cela est nécessaire, ou dans une nouvelle trajectoire lorsque cela devient préférable. Le continuum entre DUERP (Document unique d'évaluation des risques professionnels) et PDP prend ici tout son sens : relier prévention collective et parcours individuels, santé et environnement de travail, entrée dans la vie active et fin de carrière.

Cette question prend une portée plus large alors que les vies professionnelles sont appelées à s'allonger. Vieillir au travail, bien sûr, ce n'est pas être handicapé. Mais plus les carrières se prolongent, plus elles rencontrent la maladie chronique, les limitations fonctionnelles, l'usure professionnelle ou les accidents de parcours (Bouvart et Donne, 2023 ; Conseil d'orientation des retraites, 2026). Il ne suffira donc pas de demander aux personnes de travailler plus longtemps. Il faudra rendre possible le fait de travailler plus longtemps, en agissant suffisamment tôt sur les parcours, les compétences, les organisations et les situations de travail.

La prévention de la désinsertion professionnelle ne peut être l'œuvre d'un acteur isolé. Elle suppose que les cellules PDP sachent construire, notamment avec Cap emploi, les services médical et social de l'Assurance Maladie et France Travail, les continuités qu'aucune institution ne peut assurer seule. C'est par cette coopération que, malgré les événements de santé et les transformations du travail, nous pourrons maintenir les parcours professionnels aussi longtemps que possible praticables. L'allongement de la vie professionnelle ne pourra être socialement soutenable que si nous parvenons, dans le même mouvement, à rassembler de façon très opérationnelle tous les moyens autour du travailleur et des employeurs dans cet objectif.

Références bibliographiques et sources :

- Aballea, P., du Mesnil du Buisson, M.-A., avec Burstin, A. (2017). La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés. Rapport IGAS n° 2017-025R, tome I.
- Aubin, C., Pélissier, R., de Saintignon, P., Veyret, J., Conso, F. & Frimat, P. (2007). Le bilan de la réforme de la médecine du travail. IGAS RM2007-149P / IGAENR n° 2007-087.
- Blanc, P. (2002). Compensation du handicap : le temps de la solidarité. Rapport d'information du Sénat n° 369 (2001-2002).
- Bouvart, C. & Donne, V. (2023). Les transitions professionnelles : révélatrices d'un marché du travail à deux vitesses. France Stratégie.
- Cheops (2025). Rapport d'activité 2024.
- Conseil d'orientation des retraites (2026). Évolutions et perspectives des retraites en France. Rapport annuel.
- Organisation mondiale de la Santé (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Genève : OMS.
- Présanse (2024). Présanse et Cheops : coopération des réseaux en faveur du maintien en emploi. Informations mensuelles, n° 137.
- Romien, P. (2005). À l'origine de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées : la prise en charge des invalides de guerre. Revue française des affaires sociales, 2, 229-247.

- France. Loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.
- France. Loi du 31 mars 1919 relative aux pensions des armées de terre et de mer.
- France. Loi du 26 avril 1924 assurant l'emploi obligatoire des mutilés de guerre.
- France. Ordonnance n° 45-1724 du 2 août 1945 relative aux réparations dues aux victimes de la silicose considérée comme maladie professionnelle.
- France. Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail.
- France. Loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travail leurs handicapés
- France. Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
- France. Décret n° 69-623 du 13 juin 1969 relatif à l'organisation des services médicaux du travail. JORF du 18 juin 1969, p. 6092-6095, notamment art. 20.
- France. Circulaire n° 34 du 20 juin 1969 relative à l'application du décret n° 69-623. Bulletin officiel Travail-Emploi, n° 26/69.
- France. Décret n° 79-231 du 20 mars 1979 relatif à l'organisation des services médicaux du travail. JORF du 22 mars 1979, p. 648-654, notamment art. R. 241-47.
- France. Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.
- Communautés européennes. Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.
- France. Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le Code du travail et le Code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels.
- France. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- France. Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.
- France. Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.
- France. Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels ; décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016.
- France. Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.
- Code du travail (version en vigueur en 2026), notamment art. L. 4622-2, L. 4624-3, L. 4624-4, R. 4624-42 et L. 5213-1.