



D



ENQUÊTE

Concilier maladies chroniques et travail : un enjeu d'égalité

16^E BAROMÈTRE SUR LA PERCEPTION DES DISCRIMINATIONS
DANS L'EMPLOI

DÉC. 2023

Pour que le droit n'oublie personne

Défenseurdesdroits

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ENQUÊTE

16^e baromètre sur les discriminations dans l'emploi :
concilier maladies chroniques et travail : un enjeu d'égalité

D É C . 2 0 2 3

TABLE DES MATIÈRES

PRINCIPAUX RÉSULTATS	04	III· LE RÔLE CLÉ ET DIFFICILE DES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL	28
INTRODUCTION	06	A· Des dispositifs de prévention au travail et de maintien dans l'emploi méconnus tant de l'employeur que des travailleurs	29
MÉTHODOLOGIE	09	B· Un accès inégal, insuffisant et parfois redouté aux services de prévention et de santé au travail	29
I· PERCEPTION ET EXPÉRIENCES DES DISCRIMINATIONS DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE CHRONIQUE	11	C· Des préconisations de la médecine du travail souvent bien accueillies par les salariés concernés	31
A· Une perception aigüe des discriminations liées à l'état de santé et/ou au handicap	12	IV· MAINTIEN DANS L'EMPLOI, OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR ET COLLECTIF DE TRAVAIL	32
B· Une personne sur dix témoigne de discriminations liées à l'état de santé et/ou au handicap dans l'emploi	13	A· Une obligation de sécurité inégalement respectée par les employeurs	32
C· Les malades chroniques : une population trop souvent stigmatisée et discriminée au travail	13	B· L'organisation du service ou du travail en cas d'arrêt maladie : un enjeu collectif encore mal maîtrisé	35
Un continuum d'attitudes hostiles	15	C· L'ambivalence des rapports avec les collègues : entre soutien, interdépendance, tensions et/ou stigmatisation	36
Discriminations, situation dans l'emploi et précarité sociale	16	CONCLUSION	38
Des contextes et auteurs de discrimination multiples	17	ANNEXES	40
D· Un faible recours aux droits	19	Un questionnaire approfondi	40
II· QUELS IMPACTS SUR LES TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES ET LES INDIVIDUS ?	21	Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de la population représentée par l'échantillon (%)	41
A· Dire ou ne pas dire : dilemme entre secret et révélation	21	Premier modèle de régression logistique	42
B· Des répercussions délétères et durables sur la vie professionnelle et la santé psychique	24	Second modèle de régression logistique	44
C· Une projection plus incertaine dans l'emploi actuel et dans l'avenir professionnel	27	Notes	45

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Cette enquête, réalisée chaque année par le Défenseur des droits en partenariat avec l'Organisation internationale du travail (OIT), dresse un panorama des discriminations dans l'emploi, privé et public, en interrogeant un échantillon représentatif de la population active. Chacun des baromètres est également l'occasion de s'interroger davantage sur certains critères de discrimination particuliers ou une catégorie de la population et de mettre en lumière leurs spécificités, par comparaison avec l'ensemble de la population active. Cette 16^e édition du baromètre est consacrée au critère de l'état de santé, et plus précisément aux discriminations concernant les personnes atteintes de maladie chronique.

PERCEPTION ET EXPÉRIENCES DE DISCRIMINATION DANS L'EMPLOI DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE CHRONIQUE

- Une personne active sur dix déclare avoir été témoin de discrimination ou de harcèlement discriminatoire lié à l'état de santé et/ou au handicap au cours de son parcours professionnel.
 - Environ une personne sur six atteintes de maladie chronique a été confrontée à une discrimination ou un harcèlement discriminatoire en raison de son état de santé ou de son handicap.
 - Les personnes ayant une maladie visible ont trois fois plus de risques d'avoir été confrontées à une discrimination ou un harcèlement discriminatoire en raison de l'état de santé ou du handicap que celles avec une maladie invisible ; celles qui connaissent des limitations dans leurs activités habituelles du fait de leur maladie ont quatre fois plus de risques d'être discriminées que celles qui n'en ont pas.
- Plus de 4 personnes actives atteintes de maladies chroniques sur dix déclarent avoir vécu au moins une situation de discrimination ou de harcèlement discriminatoire, tous critères confondus, dans le cadre de sa recherche d'emploi ou de sa carrière, contre environ un cinquième du reste de la population, soit une fréquence 2 fois plus importante.
 - 55 % des personnes malades déclarent avoir vécu une situation de harcèlement moral dans l'emploi, contre 35 % pour le reste de la population active.
 - 30 % des personnes malades ou reconnues handicapées rapportent avoir été confrontées, lors d'entretiens de recrutement, à des propos stigmatisants contre 13 % du reste de la population active.
 - Les conditions d'emploi (le fait d'être à temps partiel et de se sentir souvent isolé au travail), la catégorie socioprofessionnelle ainsi que la pénibilité du métier sont corrélées au fait d'être exposé à une discrimination en raison de l'état de santé ou du handicap.
 - Par rapport au reste de la population active, les personnes atteintes d'une maladie chronique victimes de discrimination dans l'emploi se tournent significativement plus que les autres vers la médecine du travail (17% contre 8%), le référent handicap et l'inspection du travail (9% contre respectivement 3% et 4%).

QUELS IMPACTS SUR LES TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES ET LES INDIVIDUS ?

- Seulement la moitié des malades ont informé leur employeur ou supérieur hiérarchique de leur état de santé et, parmi ceux qui ne l'ont pas fait, 40 % déclarent avoir peur des répercussions négatives (sanctions, mesures de représailles, perte de confiance, crainte d'une redistribution des tâches sur d'autres

collègues) sur leur travail ou d'un changement d'attitude de la part de leur entourage professionnel.

- Lors d'une candidature pour un poste, plus de la moitié des malades ne parlent jamais de leur problème de santé : un tiers d'entre eux se taisent par peur d'un refus d'embauche.
- Lors de la recherche d'un emploi, 59 % des personnes atteintes de maladie chronique se sont autocensurées en ne répondant pas à une offre d'emploi qui correspondait pourtant à leurs compétences, contre 34 % pour le reste de la population active.
- Parmi les personnes déclarant que leurs problèmes de santé ont eu des conséquences sur leur emploi, la moitié rapportent des répercussions négatives susceptibles d'être constitutives d'une discrimination : licenciement, non-renouvellement du contrat ou mesures de représailles, dégradation des conditions de travail, changement d'attitude de l'entourage professionnel, blocages dans les possibilités d'avancement, difficulté à trouver un emploi stable.
- Un tiers environ des personnes atteintes d'une maladie chronique doutent ou ne pensent pas que leur état de santé leur permettra d'exercer le même poste d'ici deux ans, contre 16 % du reste de la population active.

LE RÔLE CLÉ ET DIFFICILE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

- Seulement la moitié des malades chroniques connaissent plutôt bien ou très bien les bons gestes et les mesures de prévention au travail, les informations liées à la santé au travail et les risques auxquels ils sont exposés dans leur emploi.
- Un quart environ des salariés n'ont pas bénéficié de visite médicale depuis plus de 5 ans dans leur organisation et plus de la moitié des actifs considèrent que leur médecin du travail connaît mal leur état de santé.
- Près de la moitié des personnes actives malades hésitent à livrer des informations au médecin du travail.
- Environ un tiers des salariés malades ayant eu un arrêt de plus de 60 jours au cours des 5 dernières années n'ont pas bénéficié de visite de reprise.
- 78 % des salariés malades approuvent les recommandations formulées par le médecin lors des visites de pré-reprise et de reprise qui ont suivi un arrêt de travail de plus de 60 jours.
- Dans près d'un tiers des cas, l'employeur n'a pas suivi les préconisations de la médecine du travail pour des salariés atteints d'une maladie chronique.

MAINTIEN DANS L'EMPLOI, OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR ET COLLECTIF DE TRAVAIL

- 19 % des salariés atteints d'une maladie chronique bénéficient d'un aménagement de leur poste et 29 % n'en bénéficient pas, mais en auraient besoin.
- Parmi les personnes malades n'ayant pas bénéficié d'aménagement malgré le besoin identifié, plus d'un quart déclarent que l'employeur a refusé de les mettre en place, alors qu'il était en mesure de le faire, en préférant dans certains cas reclasser le salarié ou réorganiser le service.
- 40 % des personnes malades dont les problèmes de santé sont connus de leur employeur et de leur supérieur ne bénéficient du soutien et de la compréhension ni de l'un ni de l'autre.
- Par rapport au reste de la population active, les personnes atteintes de maladie chronique déclarent significativement moins fréquemment avoir de bonnes relations de travail avec leurs collègues ou bénéficier de possibilités d'entraide et de coopération.
- 15 % des actifs rapportent qu'ils se sentiraient mal à l'aise si l'un ou l'une de leurs collègues avait un cancer et 14 % s'il ou elle était porteur ou porteuse du VIH.

INTRODUCTION

En constante augmentation, les maladies chroniques sont aujourd'hui devenues un enjeu majeur de santé au travail¹. Alors que la part de la population active atteinte d'une maladie chronique était estimée en 2019 à 15 %, elle devrait atteindre, selon l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), **25 % dès 2025**². Cet essor des maladies chroniques au travail trouve sa source dans de nombreux facteurs, complexes et souvent liés, notamment les progrès thérapeutiques, qui ont pu contribuer à transformer certaines maladies, autrefois aigües et mortelles, en maladies chroniques, les facteurs environnementaux, les inégalités socioéconomiques ou encore les conditions de travail³. Le recul de l'âge légal de départ à la retraite et le vieillissement de la population active risquent d'accélérer cette tendance.

Alors qu'elles touchent une part croissante de la population active, **les maladies chroniques au travail restent pourtant une question encore largement inexplorée**. Les représentations sociales négatives liées à la maladie (souvent perçue comme incompatible avec le travail), l'invisibilité des symptômes et la peur d'être exposé aux discriminations alimentent un déni collectif sur un sujet pourtant majeur de santé au travail. Comment les personnes actives atteintes de maladie chronique composent-elles avec la maladie ? Quelles en sont les conséquences concrètes au travail, en matière de déroulement de carrière, de relations avec les collègues ou la hiérarchie ? En lien avec la médecine du travail, de quels aménagements et accompagnements ont-elles pu bénéficier ? Quelles formes de discriminations subissent les personnes atteintes de maladie chronique dans l'emploi et quels sont les recours engagés par les victimes ? Comment les organisations prennent-elles en considération les personnes dont la santé est durablement fragilisée ?

En 2022, au sein des réclamations adressées au Défenseur des droits pour discrimination, 20 % des saisines étaient relatives au motif du handicap, 11 % à celui de l'état de santé. Ces dernières concernent principalement le domaine de l'emploi (31 % des réclamations liées à l'état de santé concernent l'emploi privé et 35 % l'emploi public ; 20 % et 22 % pour celles fondées sur le handicap). Depuis le lancement, en février 2021, de la plateforme *antidiscriminations.fr*, le handicap et l'état de santé représentent respectivement 24 % et 11 % des appels pour discrimination à la plateforme.

Ce baromètre vise à compléter ce panorama pour **rendre compte des discriminations** telles qu'elles sont **perçues et vécues par les personnes atteintes de maladie chronique dans l'emploi** et mieux appréhender les enjeux qui y sont associés. Il s'intéresse à la fois aux discriminations spécifiques liées à l'état de santé ou au handicap et à d'autres formes de discriminations, d'inégalités ou d'attitudes hostiles qui peuvent y être fréquemment associées [partie I]. Les conséquences (professionnelles, émotionnelles, psychologiques et sociales) de l'état de santé et des discriminations sur les personnes font également l'objet d'une attention particulière [partie II]. Enfin, si elle concerne tous les acteurs et actrices de l'organisation, la gestion de la maladie chronique au travail interroge plus particulièrement le rôle des services de prévention et de santé au travail [partie III] et les responsabilités et obligations des employeurs et employeuses [partie IV].

FOCUS**MALADIES CHRONIQUES : DE QUOI PARLE-T-ON ?**

La maladie chronique peut être définie, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme **une affection de longue durée, souvent associée à une invalidité ou à la menace de complications graves, qui évolue lentement et nécessite une prise en charge pendant plusieurs années**⁴. Elle se distingue de la maladie aiguë par l'alternance de périodes critiques et de périodes de stabilité et par l'imprévisibilité de son évolution. Elle regroupe ainsi à la fois des maladies non transmissibles (diabète, cancer⁵, asthme), des maladies transmissibles persistantes (VIH-Sida, hépatites), des maladies mentales ou psychiques (psychoses, dépression, anxiété chronique), des atteintes anatomiques ou fonctionnelles (maladies cardio-vasculaires, sclérose en plaques, cécité, polyarthrites rhumatoïdes) et des maladies rares (mucoviscidose, myopathies...). Elle renvoie donc à des réalités diverses, qui partagent deux traits en commun : « la durée de la maladie (qui ne permet plus de l'aborder comme une parenthèse dans le cours d'une vie) et une obligation de gestion de la chronicité dans toutes les sphères de la vie sociale (avec des répercussions plus ou moins importantes au quotidien) »⁶.

Pour le Conseil économique, social et environnemental (Cese) et le Haut conseil de la santé publique (HCSP), les maladies chroniques doivent être avant tout définies « en considérant les conséquences qu'elles emportent pour le patient ou la patiente et pour la société »⁷, autrement dit comme un état pathologique appelé à durer, ayant des **répercussions sur la vie quotidienne** et « comportant au moins un des trois éléments suivants :

- Une limitation fonctionnelle des activités et de la vie sociale ;
- Une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle ;
- La nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une

prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social ».

Les quatre groupes de pathologies les plus fréquentes ouvrant droit au dispositif ALD⁸ (Affection Longue Durée) sont « les maladies cardio-neurovasculaires, qui concernent 32 % des assurés et assurées en ALD en 2016, le diabète (25 %), les tumeurs malignes (20 %) et les affections psychiatriques de longue durée (14 %) »⁹.

En France, depuis la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, **la maladie chronique est expressément reconnue comme un handicap**. En effet, l'article L. 114 du Code de l'action sociale et des familles définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »¹⁰. Par ailleurs, aux termes de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH), ratifiée par la France et entrée en vigueur le 20 mars 2010 : « Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent 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 ».

Interrogée sur la **notion de « handicap »** au sens de la Directive 2000/78/CE du 27 novembre 2000¹¹, la Cour de justice de l'Union européenne est venue préciser, dans un arrêt du 11 avril 2013¹², en référence à la CIDPH, qu'elle **inclut dans cette notion un état pathologique causé par une maladie médicalement constatée comme curable ou incurable dès lors que cette maladie entraîne une limitation**, résultant notamment d'atteintes physiques, mentales ou psychiques, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à la pleine et effective participation de la personne concernée à la vie professionnelle sur la base de l'égalité avec

les autres travailleurs, **et si cette limitation est de longue durée**. Il ressort ainsi, tant des normes internationales que nationales en vigueur, que les personnes atteintes d'une maladie chronique peuvent se prévaloir de la protection juridique offerte aux personnes en situation de handicap contre toutes formes de discrimination.

Du fait de la déqualification sociale du handicap et des discriminations qui prévalent dans l'emploi, seule une minorité de personnes font cependant les démarches pour obtenir une **reconnaissance administrative de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)**¹³ : 2,7 millions de personnes, âgées de 15 à 64 ans, en bénéficient, soit seulement un quart des personnes en âge de travailler déclarant avoir un handicap ou une maladie chronique, relevant du périmètre de la loi de 2005¹⁴. En raison de ce faible recours à leurs droits, des millions de travailleurs et travailleuses ne bénéficient pas des aides et dispositifs dédiés d'accompagnement vers l'emploi¹⁵. Pour remédier à cette situation, la loi pour le plein emploi prévoit que tous les bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH)¹⁶ pourront désormais bénéficier des droits attachés à la RQTH, ce qui devrait, grâce à la simplification des procédures, réduire le non-recours.

Au-delà de ces considérations juridiques, administratives et médico-sociales, la maladie chronique constitue souvent pour les personnes qui en sont atteintes une « **véritable épreuve** », venant bouleverser la confiance en soi (en son corps, en ses capacités), les équilibres antérieurs construits dans les différents domaines de la vie sociale, et notamment dans l'emploi, et plus largement sa manière de vivre et de se projeter dans l'avenir¹⁷. L'apparition de la maladie chronique suscite parfois l'incompréhension de l'entourage personnel ou professionnel, du fait de l'invisibilité ou de la non-permanence de la plupart des symptômes et de l'imprévisibilité qu'elle peut générer : 80 % des maladies chroniques sont invisibles et la plupart se caractérisent par « une alternance de périodes de crises et de périodes où les manifestations de la maladie sont faibles »¹⁸.

La maladie chronique se traduit souvent par une mise en retrait ou une exclusion du marché du travail et par des parcours marqués par des aménagements, des réorientations et/ou des ruptures professionnelles. Les personnes avec des troubles de santé ou en situation de handicap parviennent plus difficilement à trouver un emploi et à s'y maintenir durablement : leur taux de chômage est deux fois supérieur à celui de l'ensemble de la population active âgée de 15 à 64 ans et une personne sur cinq ne travaille plus dans les 5 ans qui suivent le diagnostic¹⁹. Comme le montrent les saisines adressées au Défenseur des droits, les personnes en situation de handicap, parmi lesquelles les personnes atteintes de maladies chroniques, sont particulièrement touchées par les discriminations à l'embauche et dans la carrière, l'emploi étant le premier domaine dans lequel elles s'exercent.

MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE ET CADRE D'ANALYSE

L'enquête a été réalisée par l'institut Ipsos, du 24 mars au 25 avril 2023, par internet auprès d'un échantillon représentatif de la population active (en termes de sexe, âge, région d'habitation et catégorie socioprofessionnelle du répondant) de 2 000 individus âgés de 16 à 64 ans et d'un sur-échantillon de 1 000 individus actifs, âgés de 16 à 64 ans, ayant déclaré un problème de santé chronique.

L'échantillon total de 3 000 individus a été redressé afin d'attribuer aux personnes ayant un problème de santé leur juste poids (d'après la structure observée dans l'échantillon national représentatif).

L'identification des personnes malades a été réalisée à partir des questions adaptées du module européen GALI²⁰. Ce module est composé de trois questions portant sur l'état de santé général perçu, les problèmes de santé chroniques et les limitations dans les activités habituelles. Dans la présente enquête, ont été considérées comme « malades » les personnes ayant déclaré une maladie chronique ou des limitations fonctionnelles d'au moins six mois, au cours des 5 dernières années.

Le questionnaire utilisé et les caractéristiques de l'échantillon sont présentés en annexe.

Au-delà de l'étude quantitative, des **témoignages** ont été récoltés dans le cadre de cette enquête pour recueillir la parole des répondantes et répondants et illustrer la diversité des situations rapportées :

- 5 entretiens qualitatifs, d'une durée de 20 minutes chacun, ont été menés par l'institut Ipsos auprès des personnes enquêtées ayant donné leur accord pour être recontactées à l'issue du questionnaire ;

- Une question ouverte a également été ajoutée à la fin du questionnaire afin de laisser la possibilité à l'ensemble des individus enquêtés de raconter de façon libre une ou des expériences de discrimination qu'ils ont vécues ou dont ils ont été témoins.

Cette étude privilégie une **approche systémique des discriminations et de la prévention de la santé au travail**. À l'instar des précédentes éditions, ce 16^e baromètre s'efforce d'appréhender les discriminations vécues non pas comme des actes individuels, mais comme le produit du fonctionnement global et inégal de la société. Les discriminations ne surviennent pas isolément, elles s'inscrivent dans un ensemble de processus impliquant :

- Des représentations sociales (préjugés, stéréotypes, normes stigmatisantes) ;
- Des rapports de domination spécifiques au domaine de l'emploi (règles juridiques, pratiques dans un secteur d'activité, pénibilité et sous-valorisation de certains métiers, hiérarchisation des activités dans une organisation, etc.) ;
- Des inégalités collectives, durables, cumulatives et dynamiques, qui structurent les différentes sphères de la vie sociale ;
- Et la part non négligeable des institutions dans la production et la reproduction des discriminations.

Cette enquête porte une attention particulière aux rôles d'une **pluralité d'acteurs** au sein des collectifs de travail (direction, encadrement direct, services des ressources humaines, services de prévention et de santé au travail, représentants du personnel, collègues) et aux



conditions d'emploi et de travail existantes.

Comme le souligne l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), « la possibilité de préserver sa santé et de développer des compétences dépend des combinaisons entre les caractéristiques des individus (capacités, ressources et aspirations) et les caractéristiques de leur environnement de travail »²¹. Cette approche permet ainsi de mieux comprendre comment la gestion de la maladie chronique se décline aux différents échelons de l'organisation (politiques et conditions d'emploi, régulations collectives, organisation du travail au sein d'un service, aménagements de postes, management et relations professionnelles, etc.) et impacte les situations concrètes de travail.

Par ailleurs, ce baromètre s'intéresse non seulement aux conséquences délétères des discriminations sur l'emploi et la santé des individus atteints d'une maladie chronique, mais également aux **stratégies et ressources** que ces derniers mobilisent pour y faire face et se maintenir dans l'emploi²².

Enfin, **certains groupes sociaux sont particulièrement exposés** aux processus de stigmatisation et d'exclusion dans l'emploi, du fait du poids spécifique de certaines caractéristiques socioéconomiques et professionnelles (catégorie socioprofessionnelle, niveau d'emploi, ancienneté, pénibilité, temps partiel). Cette étude s'appuie également sur une analyse intersectionnelle des discriminations dans l'emploi, du fait de l'interaction de caractéristiques sociales (sexe, origine, âge).

I. PERCEPTION ET EXPÉRIENCES DES DISCRIMINATIONS DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE CHRONIQUE

Dans un contexte de forte augmentation des maladies chroniques et de vieillissement de la population active, l'enquête témoigne à la fois de la fréquence des discriminations fondées sur l'état de santé ou le handicap, de ses multiples traductions dans l'emploi et de son imbrication étroite avec les conditions de travail existantes et d'autres formes de discrimination et de comportements hostiles au travail (harcèlement moral, propos stigmatisants, exigences illicites).

DÉFINITIONS JURIDIQUES

Une **discrimination** dans l'emploi est définie comme la situation dans laquelle, sur le fondement de l'un des critères de discrimination prohibés par la loi [état de santé, handicap...] une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre personne placée dans une situation comparable en matière d'accès à l'emploi, d'emploi, de formation professionnelle et de travail, y compris de travail indépendant ou non salarié, ainsi que de conditions de travail et de promotion professionnelle.

Le **harcèlement discriminatoire** est une forme de discrimination et se définit comme : « *Tout agissement lié à un motif prohibé, subi par une personne et ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant,*

humiliant ou offensant » en lien avec un critère prohibé de discrimination²³.

L'obligation d'aménagement raisonnable : la CIDPH²⁴ interdit toutes les discriminations fondées sur le handicap et précise que « *la discrimination fondée sur le handicap comprend toutes les formes de discrimination, y compris le refus d'aménagement raisonnable* ».

En matière de travail et d'emploi, par transposition de la directive européenne 2000/78 du 27 novembre 2000²⁵, tous les employeurs, privés comme publics, sont tenus, quel que soit leur effectif, à une obligation « d'aménagement raisonnable » à l'égard des travailleurs en situation de handicap. Cela signifie que tout employeur est légalement tenu de prendre, en fonction des besoins dans une situation concrète, les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs handicapés d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer ou d'y progresser ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée.

Autrement dit, il revient aux employeurs de mettre en œuvre des aménagements et adaptations concrètes pour permettre à une personne en situation de handicap, en fonction de ses besoins dans une situation donnée, d'être à égalité des autres à tous les moments de son parcours professionnel

(recrutement, période d'essai, déroulement de carrière, formation, télétravail, etc.). Les mesures appropriées ne se limitent pas aux seuls aménagements ergonomiques du poste de travail, mais concernent tout type d'aménagement de nature à permettre au travailleur handicapé d'être à égalité avec les autres.

Le refus de l'employeur de prendre de telles mesures est constitutif d'une discrimination à raison du handicap, sauf s'il démontre qu'elles constituent, pour lui, une charge disproportionnée. La charge disproportionnée s'apprécie en tenant compte, notamment, des coûts financiers et autres (par exemple, l'impact sur l'organisation du travail) que ces mesures génèrent pour l'organisation ou l'entreprise au regard de sa taille et de ses ressources propres, mais aussi, de la possibilité pour l'employeur d'obtenir des aides financières ou autres²⁶.

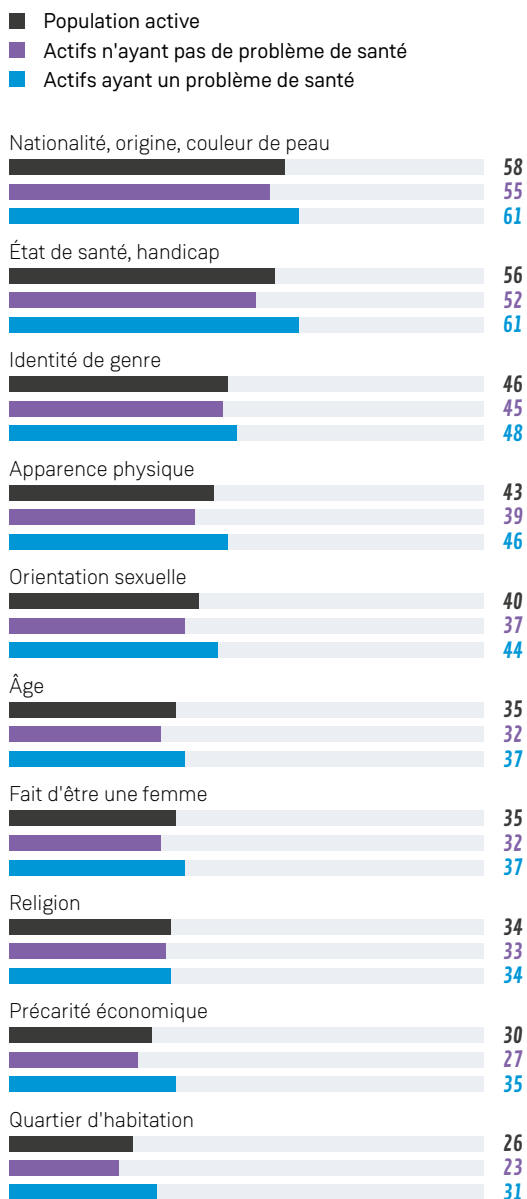
A. UNE PERCEPTION AIGÛE DES DISCRIMINATIONS LIÉES À L'ÉTAT DE SANTÉ ET/OU AU HANDICAP

Les personnes actives, et plus particulièrement celles ayant une maladie chronique, ont une **perception aigüe des discriminations liées à l'état de santé ou au handicap dans la société française** : 56 % des actifs pensent que les personnes sont souvent discriminées en France en raison de leur état de santé ou handicap ; 61 % pour ceux atteints d'une pathologie chronique.

Les autres formes de discriminations jugées particulièrement répandues sont celles liées à l'origine, la couleur de peau ou la nationalité (61 % d'entre elles), à l'identité de genre (48 %) et à l'apparence physique (46 %). Pour la population active, les discriminations, tous critères confondus, se produisent principalement dans l'accès à l'emploi, lors de la recherche d'un logement ou lors de contrôles de police.

GRAPHIQUE 1

Perception de la fréquence des discriminations dans la société française par motif. 10 principaux critères identifiés (%)



Question : pensez-vous qu'aujourd'hui, en France, des personnes soient souvent discriminées en raison de leur (...) ?

Lecture : 61 % des personnes actives atteintes d'une maladie chronique considèrent que les personnes sont souvent discriminées en raison de leur état de santé ou de leur handicap en France, contre 56 % de l'ensemble de la population active.

Champ : ensemble de la population active (N = 3 000).

Note : plusieurs réponses possibles.

B. UNE PERSONNE SUR DIX TÉMOIGNE DE DISCRIMINATIONS LIÉES À L'ÉTAT DE SANTÉ ET/OU AU HANDICAP DANS L'EMPLOI

Près d'un tiers de la population active (29 %) qui a déjà été témoin de discrimination ou de harcèlement discriminatoire au cours de sa carrière professionnelle, cite comme critères l'état de santé et/ou le handicap, soit 11 % de l'ensemble de la population active.

Les personnes actives identifient deux contextes principaux dans lesquels les discriminations liées à l'état de santé ou au handicap, dont elles ont été témoins, se sont produites : dans le **travail au quotidien** pour la moitié d'entre elles environ et dans **l'évolution de la carrière** pour un tiers d'entre elles environ. Certains contextes de discrimination plus spécifiques sont également fréquemment cités, en particulier le retour d'un arrêt maladie et la demande d'aménagement de poste, évoqués respectivement par un cinquième d'entre elles, et de façon plus marginale lors d'une demande de mutation ou d'un changement de statut du contrat.

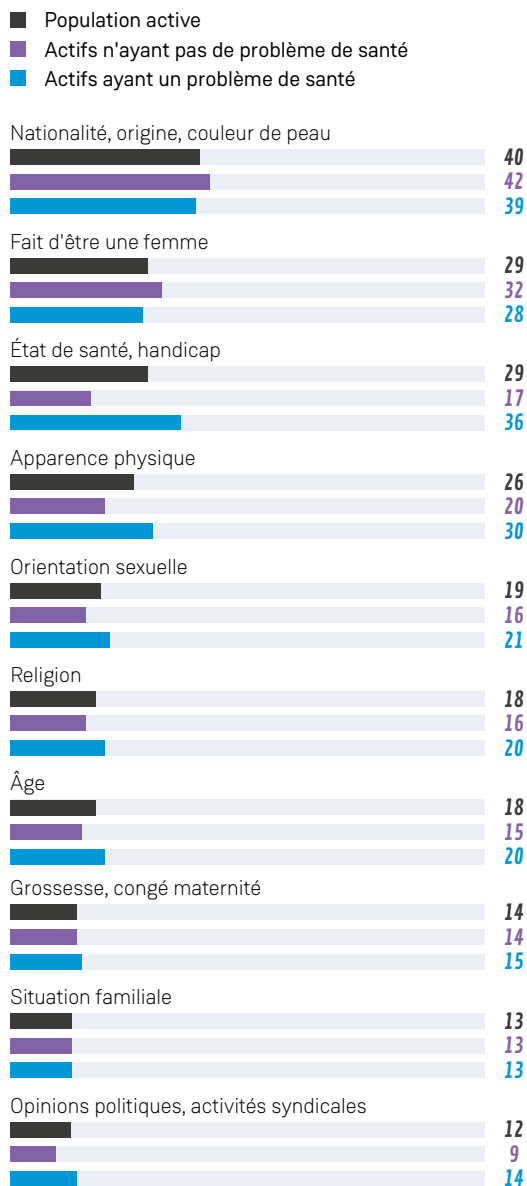
C. LES MALADES CHRONIQUES : UNE POPULATION TROP SOUVENT STIGMATISÉE ET DISCRIMINÉE AU TRAVAIL

Environ une personne sur six atteintes de maladie chronique (13 %) a été confrontée dans le cadre de l'emploi à une discrimination ou un harcèlement discriminatoire en raison de son état de santé ou de son handicap, contre 3 % pour le reste de la population active.

Le fait d'avoir une maladie chronique visible ou ayant des répercussions dans les activités quotidiennes surexpose particulièrement à ces discriminations : les personnes ayant une maladie visible ont près de trois fois plus de risques d'avoir été confrontées à une discrimination ou un harcèlement discriminatoire en raison de l'état de santé ou du handicap dans l'emploi que celles avec une maladie invisible (19 % contre 7 %) ; celles qui connaissent des limitations dans leurs activités habituelles du fait de leur maladie ont quatre fois plus de risques d'être discriminées que celles qui n'en ont pas (15 % contre 4 %).

GRAPHIQUE 2

Part des personnes déclarant avoir été témoins d'une discrimination ou d'un harcèlement discriminatoire au travail, selon le critère. 10 principaux critères cités (%)



Question : selon vous, quels étaient les critères de la (des) discrimination(s) ou du (des) harcèlement(s) dont vous avez été témoin dans le cadre de vos activités professionnelles ? Étaient-ils liés à (...) ?

Lecture : 39 % des personnes actives atteintes de maladie chronique rapportent avoir été déjà témoins d'une discrimination ou d'un harcèlement discriminatoire en raison de la nationalité, de l'origine ou de la couleur de peau dans l'emploi, contre 40 % pour l'ensemble de la population active.

Champ : population active ayant été témoin d'une discrimination ou d'un harcèlement discriminatoire dans l'emploi (N = 1 228). **Note** : plusieurs réponses possibles.



Au sein de la population active, les hommes déclarent significativement plus de discriminations liées à l'état de santé ou au handicap que les femmes, toutes choses égales par ailleurs (annexe 3). Ce résultat est probablement lié en partie à la proportion plus importante de **femmes malades ou reconnues handicapées**²⁷ qui sont en retrait, temporaire ou définitif, du travail rémunéré et qui se trouvent davantage parmi les inactifs et dans le « halo du chômage »²⁸. En effet, en raison des stéréotypes liés au genre et au handicap, les femmes malades ou reconnues handicapées apparaissent « doublement pénalisées » et davantage marginalisées sur le marché du travail que les hommes ayant une maladie chronique (perte d'emploi ou sous-emploi plus fréquent, « plafond de verre », perte de revenus plus importante)²⁹.

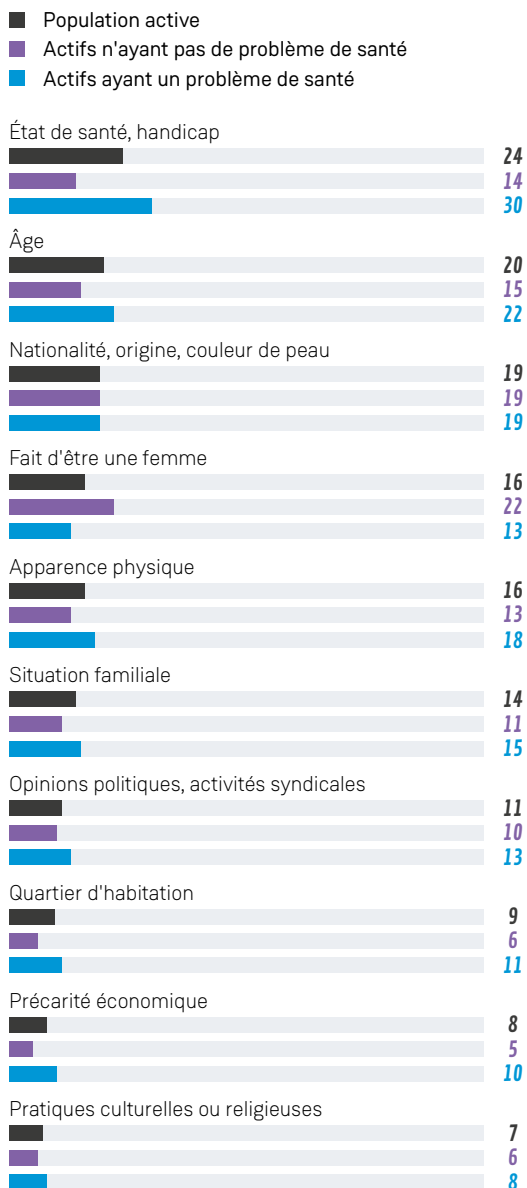
Des résultats similaires peuvent être identifiés concernant l'**âge** : si les personnes âgées de 50 à 64 ans sont plus touchées par les maladies chroniques³⁰, elles déclarent proportionnellement moins de discriminations liées à l'état de santé ou au handicap que les jeunes âgés de 16 à 34 ans. Cet écart s'explique en partie par la sous-représentation des personnes âgées de plus de 50 ans ayant une maladie chronique ou un handicap dans la population active, soit parce que ces

dernières sont proportionnellement davantage placées en invalidité, soit parce qu'elles prennent leur retraite de façon anticipée, notamment en cas de maladie invalidante³¹. D'autres facteurs permettent d'expliquer cette distribution inégale selon l'âge, notamment la proportion élevée de jeunes âgés de moins de 35 ans déclarant des discriminations en raison de maladies psychiques (dépression, anxiété chronique). Depuis quelques années, et notamment depuis la crise sanitaire, la prévalence des épisodes dépressifs a connu en France une accélération sans précédent et la progression la plus importante a été observée chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans³².

De façon plus générale, les résultats confortent ceux de la précédente édition du baromètre³³ : **le fait d'avoir une maladie chronique ou durable ou un handicap est un facteur majeur aggravant le risque d'être exposé à une discrimination dans l'emploi**, tous critères confondus. Plus de 4 personnes actives atteintes de maladie chronique sur dix (43 %) déclarent ainsi avoir vécu au moins une situation de discrimination ou de harcèlement discriminatoire dans le cadre de sa recherche d'emploi ou de sa carrière, contre 20 % du reste de la population, soit une fréquence 2 fois plus importante.

GRAPHIQUE 3

Les 10 principaux critères de discriminations cités par les personnes ayant rapporté une discrimination dans l'emploi (%)



Question : la dernière fois que cela vous est arrivé, quels étaient le ou les critère(s) de cette discrimination ou de ce harcèlement ? Était-ce lié à (...) ?

Lecture : 30 % des personnes actives atteintes d'une maladie chronique ayant déclaré une expérience de discrimination la rattachent au critère de l'état de santé ou du handicap.

Champ : population active ayant vécu une discrimination ou un harcèlement discriminatoire dans l'emploi (N = 1 045).

Note : plusieurs réponses possibles.

Interrogées sur leur expérience la plus récente, les personnes malades ayant déclaré une discrimination ou un harcèlement discriminatoire dans l'emploi la **rattachent prioritairement à l'état de santé et au handicap** (30 % d'entre elles), mais également à l'âge (22 %), à l'origine, la couleur de peau et la nationalité (19 %), à l'apparence physique (18 %) et à la situation familiale (15 %).

UN CONTINUUM D'ATTITUDES HOSTILES

Les discriminations dans l'emploi arrivent rarement seules et s'inscrivent le plus souvent dans un continuum de risques professionnels et de situations de dévalorisation, susceptibles d'être constitutifs en droit de **harcèlement discriminatoire** : remarques ou « blagues » déplacées, propos ou comportements stigmatisants ou humiliants, surcharge de travail ou sous-occupation, attribution de travail inutile ou sans lien avec les compétences de la personne, dévalorisation injuste du travail, remise en cause de la maladie ou du handicap, refus ou retard dans la mise en œuvre de l'aménagement du poste de travail, etc. Trois quarts des personnes enquêtées ayant déclaré une discrimination en raison de l'état de santé ou du handicap rapportent ainsi avoir vécu également du harcèlement moral au travail.

TÉMOIGNAGES

« À la fin de mon arrêt maladie, on m'a demandé par mail d'enchaîner avec mes congés sans reprendre (ce qui est illégal et une cause de licenciement). On m'a " sortie " des réunions de comité de direction, on m'a expressément demandé de laisser mon bureau à celle qui m'avait remplacée, je n'étais plus sur l'organigramme, on a saboté mon travail. »

« J'ai été victime d'insultes, de mensonges, d'une destruction de mon travail, et d'une mise en doute de mon handicap par le directeur du centre où je travaille qui voulait me faire licencier. »

De façon plus générale, qu'ils se disent discriminés ou non, les individus enquêtés atteints d'une maladie chronique sont largement **surexposés au harcèlement moral dans l'emploi** : 55 % déclarent ainsi avoir vécu une situation de harcèlement moral dans l'emploi, contre 35 % pour le reste de la population active. Cette surexposition peut s'expliquer en partie par la marginalisation des personnes malades et/ou en situation de handicap dans l'emploi et par les difficultés éventuelles des victimes à relier ces agissements hostiles à leur état de santé et à caractériser des faits constitutifs d'un harcèlement discriminatoire.

DÉCISION

Décision du 4 avril 2022 du Défenseur des droits : harcèlement moral discriminatoire lié à l'état de santé

Le Défenseur des droits a été saisi par un manipulateur en radiologie exerçant à l'hôpital, dont le poste de travail a été aménagé conformément aux préconisations de la médecine du travail. Alors que ces aménagements lui permettaient d'exercer ses missions sans aucune difficulté et que le réclamant justifiait d'appréciations très positives sur sa manière de servir, son employeur a saisi régulièrement le comité médical afin qu'il se prononce sur l'inaptitude définitive du réclamant aux fonctions de manipulateur en radiologie et l'invite à présenter sa candidature sur des postes de reclassement. La Défenseure des droits a considéré que le comportement de l'hôpital à l'égard de son agent caractérisait un harcèlement moral discriminatoire fondé sur son état de santé et son handicap³⁴.

Par ailleurs, du fait des représentations qui associent la maladie à un risque accru d'absences et d'incapacité professionnelle, les personnes malades ou reconnues handicapées sont davantage confrontées lors d'entretiens de recrutement à des **propos stigmatisants** (30 % d'entre elles) ou à des **attentes discriminatoires** de l'employeur (la moitié d'entre elles environ), que le reste de

la population active (respectivement 13 % et 25 %). Une personne sur huit environ (13 %) ayant une maladie chronique déclare notamment qu'on lui a déjà fait comprendre, lors d'un entretien pour un poste ou une promotion, qu'elle devrait cacher ses problèmes de santé au travail.

RAPPEL DU CADRE JURIDIQUE

Dans une approche inclusive et non discriminante, tous les postes doivent être ouverts aux candidats en situation de handicap, leur recrutement devant se faire, à l'instar des autres candidats, sur la base de leurs compétences et de leur qualification pour occuper l'emploi concerné, compte tenu des aménagements susceptibles d'être mis en place pour compenser leur handicap³⁵.

Si une personne fait état de sa reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH), l'employeur peut l'interroger sur ses éventuels besoins spécifiques, mais pas sur sa pathologie³⁶. Comme l'orientation sexuelle, la situation de famille, la grossesse, etc., l'état de santé relève de la vie privée. Le travailleur handicapé est libre d'en faire ou non état. Il appartient au seul médecin du travail de se prononcer sur l'aptitude ou l'inaptitude d'un salarié à occuper un emploi.

DISCRIMINATIONS, SITUATION DANS L'EMPLOI ET PRÉCARITÉ SOCIALE

Les discriminations fondées sur l'état de santé ou le handicap sont susceptibles d'être corrélées aux contextes de travail et d'emploi. Toutes choses égales par ailleurs, la **pénibilité du métier** effectué est ainsi un des facteurs qui augmentent le risque d'être exposé à une discrimination en raison de l'état de santé ou du handicap (voir annexe 3). De même, le fait d'être à temps partiel est corrélé au fait d'avoir vécu une discrimination liée à l'état de santé ou au handicap. Les salariés malades étant souvent « contraints de travailler à temps partiel pour concilier maladie, traitements et travail », les possibilités d'emploi sont plus réduites et les discriminations à l'embauche fréquentes³⁷.

FOCUS**MALADIES CHRONIQUES ET ORIENTATION PROFESSIONNELLE**

Pendant longtemps, le fait d'avoir une maladie chronique restreignait fortement l'orientation professionnelle, puisque les textes réglementaires interdisaient ou restreignaient selon les cas l'accès à certains métiers (hôtesse de l'air et steward, conducteur et conductrice de train, contrôleur ou contrôlease SNCF, militaire, sapeur-pompier...), notamment pour les personnes diabétiques (application du référentiel SIGYCOP). Conformément aux recommandations et avis du Défenseur des droits³⁸, la loi du 6 décembre 2021³⁹ a récemment mis fin à ces interdictions généralisées en exigeant que « l'appréciation médicale de ces conditions de santé particulières prévue par des dispositions législatives ou réglementaires [soit] réalisée de manière individuelle et [tienne] compte des possibilités de traitement et de compensation du handicap ». Elle prévoit également la mise en place d'un comité interministériel chargé de modifier les textes réglementaires en prônant l'ouverture du marché du travail par principe à l'ensemble de ces personnes et en prenant en considération les possibilités de traitement et de compensation du handicap. Cependant, l'accès fortement réglementé au permis de conduire restreint toujours de fait l'accès à certaines professions.

De façon plus générale, **les conditions d'emploi et de travail sont identifiées par environ la moitié des individus actifs ayant une maladie ou un problème de santé chronique comme incompatibles avec le maintien et le développement de leur santé** : la moitié (48 %) des répondants atteints de maladie chronique estime que leurs problèmes de santé sont causés ou aggravés par leurs conditions de travail et près de la moitié (44 %) des enquêtés malades considère que le travail est plutôt mauvais pour leur santé. La question des maladies chroniques recoupe ainsi en partie celle des maladies à caractère professionnel (MCP), résultant d'une exposition à des risques chimiques, physiques, biologiques, organisationnels et/ou psychosociaux lors de l'activité professionnelle.

Les maladies professionnelles sont fortement liées à la pénibilité des emplois occupés et à la catégorie socioprofessionnelle, touchant principalement les ouvriers et les employés⁴⁰. Les principales maladies professionnelles reconnues sont les troubles musculo-squelettiques (65 % d'entre eux concernent des ouvriers) et celles causées par l'amiante, notamment les cancers⁴¹. Dans l'enquête, les ouvriers, et notamment les femmes ouvrières, déclarent significativement plus exercer un métier avec une forte pénibilité et être atteints d'une maladie chronique causée ou aggravée par leurs conditions de travail que le reste de la population active.

Pour un quart des individus actifs déclarant une maladie chronique, le fait de pouvoir se maintenir en emploi constitue cependant un facteur d'amélioration de la santé, parfois parce qu'il permet de se dégager de l'emprise de la maladie et des préoccupations relatives à la santé. D'après les études existantes, ces différences d'appréciation varient généralement selon l'ancienneté et le degré de satisfaction, d'investissement et de « sécurité au travail » (sentiment d'être reconnu professionnellement, solidarité et compréhension des collègues, soutien de la hiérarchie)⁴².

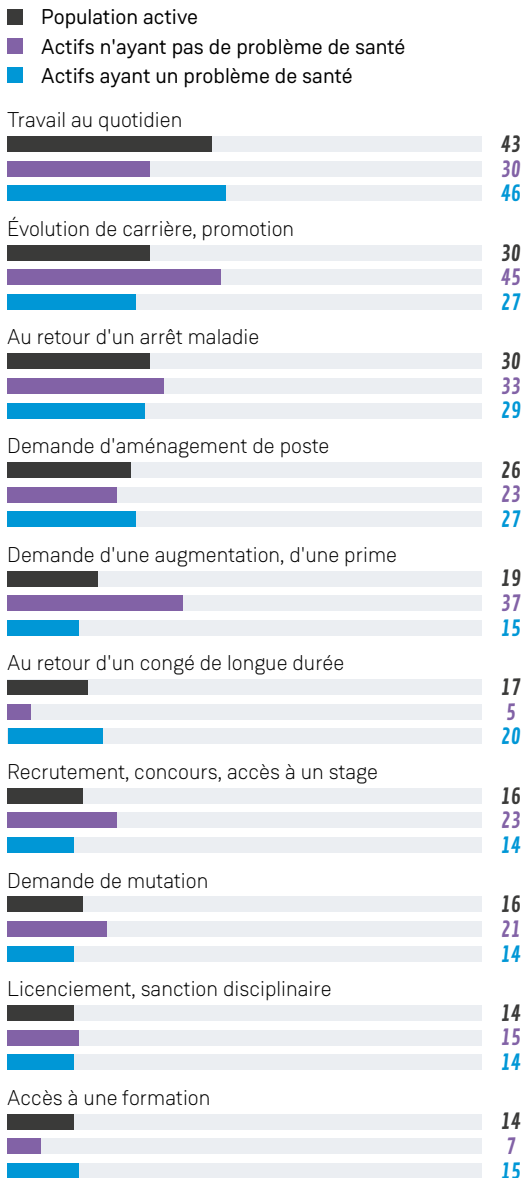
DES CONTEXTES ET AUTEURS DE DISCRIMINATION MULTIPLES

Au-delà de différences de traitement vécues dans le travail au quotidien (43 %), les discriminations liées à l'état de santé et/ou au handicap surviennent principalement lors du retour d'un congé maladie (30 %) et à l'occasion d'une demande d'évolution de carrière (30 %) ou d'aménagement de poste (26 %).

S'agissant du ou des auteurs de la discrimination qu'elles ont subie, les personnes malades chroniques identifient la direction de l'organisme concerné (51 % de celles ayant déclaré une discrimination), leur supérieur hiérarchique (43 %), mais aussi leurs collègues de travail (34 %), sans différence statistique significative par rapport à l'ensemble des actifs discriminés.

GRAPHIQUE 4

Part des personnes déclarant avoir fait l'objet d'une discrimination ou d'un harcèlement discriminatoire dans l'emploi en raison de leur état de santé et/ou de leur handicap, par contexte. 10 principaux contextes cités (%)



Question : dans quelle(s) situation(s) avez-vous été victime de cette (ces) discrimination(s) ou de ce harcèlement discriminatoire au travail ? Était-ce(...) ?

Lecture : 46 % des personnes actives atteintes de maladie chronique ayant rapporté une ou des expérience(s) de discrimination en raison de leur état de santé ou de leur handicap dans le cadre professionnel rapportent que cela s'est produit la dernière fois dans le travail au quotidien.

Champ : population active ayant vécu une discrimination ou un harcèlement discriminatoire dans l'emploi en raison de leur état de santé et/ou de leur handicap (N = 274).

Note : plusieurs réponses possibles.

TÉMOIGNAGES

« C'était lors de mon premier entretien professionnel. On m'a d'abord contacté au téléphone pour fixer un rendez-vous. À la fin, je leur ai précisé avoir un handicap moteur et j'ai senti la personne mal à l'aise, mais j'étais quand même confiante et je me suis dit " On verra à l'entretien ". Et lors de l'entretien, elle a commencé à expliquer qu'il faut être mobile même si c'est un poste devant l'ordinateur. J'ai vu que peu importe ce que je disais, elle n'était pas disponible pour m'écouter et ne me demandait même pas mon parcours. J'ai perdu ma confiance à ce moment-là. »

« Suite à un arrêt long (maladie grave), mon supérieur m'a indiqué que " je ne méritais pas " de revalorisation salariale ».

« On m'a interdit de former, sous prétexte de me protéger, alors que je suis formateur, et on m'a interdit de manager (le stagiaire, l'alternant) au motif que je suis un malade reconnu par le médecin du travail, alors que j'ai toujours managé. »

« Lors d'un entretien pour un autre poste au sein de mon entreprise, l'une des personnes présentes m'a dit " Vous avez été absente un long moment pour maladie il y a quelques années. Comment pourrions-nous être sûrs que cela ne va pas se reproduire ? " »

« Pendant 20 ans, j'ai fait des remplacements en contrats courts dans différentes mairies et services publics (...). Je n'étais jamais embauchée et normalement, au bout d'un certain nombre de contrats, et si on a une reconnaissance de travailleur handicapé, que j'ai et que je leur avais fournie, (...) on doit être embauché, et je ne l'ai jamais été. Donc pour moi ça a été un peu une discrimination parce que je n'ai jamais pu obtenir un poste. »

D. UN FAIBLE RECOURS AUX DROITS

Conformément à l'ensemble des actifs victimes de discrimination, près des trois quarts des individus atteints d'une maladie chronique en ont parlé ou ont entrepris des démarches à la suite des faits. Si la plupart d'entre eux en ont surtout parlé à des proches (28 %) et à des collègues (25 %), une proportion significative a alerté la direction ou l'encadrement direct (18 %), les syndicats et représentants du personnel (18 %), la médecine du travail (17 %) ou son médecin traitant ou psychologue (16 %). Mais les individus actifs malades ou reconnus comme handicapés qui ont été discriminés

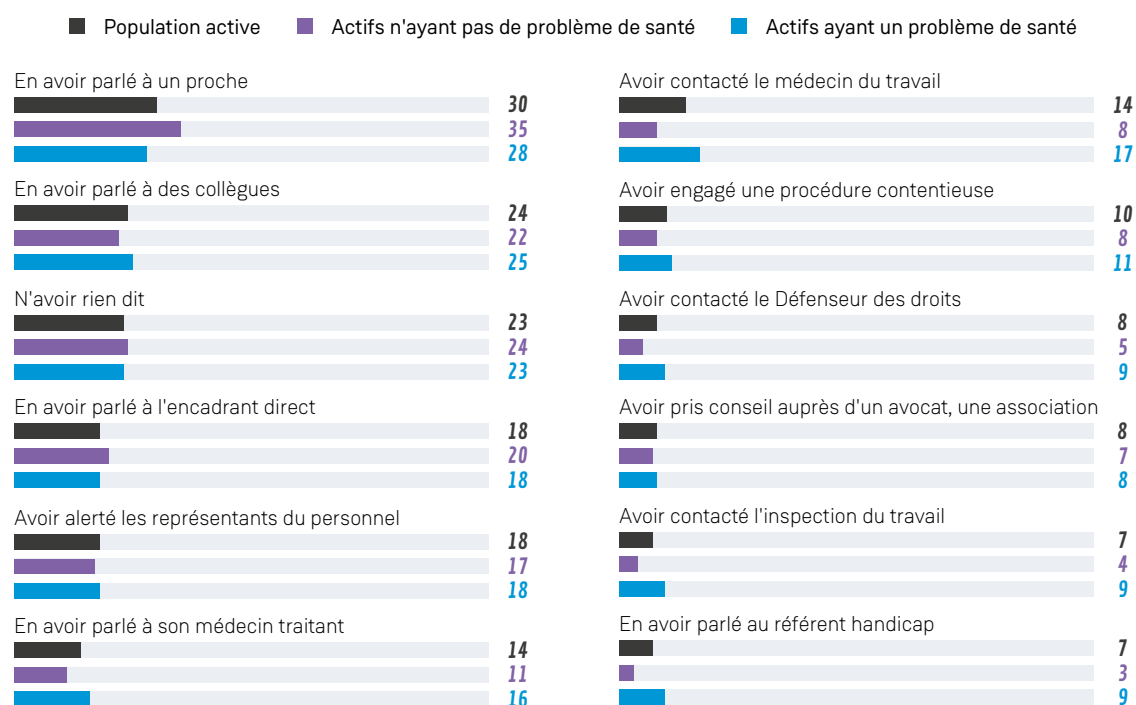
dans leur emploi se tournent significativement plus souvent que les autres victimes de discrimination vers la médecine du travail (17 %), le référent handicap et l'inspection du travail (9 % dans les deux derniers cas).

Cependant, près d'un quart d'entre eux (23 %) n'ont rien dit à la suite des faits.

Ce non-recours s'explique notamment par le fait que les victimes pensaient que cela n'aurait rien changé (45 % d'entre elles), avaient peur des représailles (24 %), ne savaient pas quoi faire (22 %) ou ne savaient pas à l'époque qu'il s'agissait d'une discrimination (21 %).

GRAPHIQUE 5

Démarches entreprises à la suite d'une discrimination ou d'un harcèlement discriminatoire (%)



Question : lorsque vous avez été victime de discrimination ou de harcèlement discriminatoire au travail, quelles ont été vos réactions et/ou démarches ?

Lecture : 28 % des personnes atteintes de maladie chronique ayant déclaré avoir vécu une discrimination ou un harcèlement discriminatoire dans l'emploi en ont parlé à un proche.

Champ : population active ayant vécu une discrimination ou un harcèlement discriminatoire dans l'emploi (N = 1 045).

Note : plusieurs réponses possibles.



TÉMOIGNAGES

« Non je n'ai fait aucune action en justice, je ne suis pas allée au tribunal administratif, ni trop vers les syndicats, j'ai toujours parlé un peu comme ça, là je vous parle ouvertement mais j'ai toujours essayé de dire à la cheffe du service ou au médecin du travail ou à une amie ou autre, mais je n'ai jamais intenté des choses officielles (...). Je pense que je me suis découragée devant la longueur, les courriers, les mails, devoir expliquer, ne pas toujours être bien comprise, aller frapper à des portes et tout. (...) Souvent c'est un peu pot de fer contre pot de terre, il y a l'employeur, ils ont aussi leurs règles, leurs lois qu'ils arrivent à contourner. Ils mettaient des motifs : accroissement temporaire d'activité, surcroît de travail, remplacement titulaire indisponible, remplacement maladie ou maternité. Ils changeaient souvent les motifs de mes CDD ou entre deux CDD, ils laissaient passer un jour ou deux, pour que ce soit un nouveau CDD. Donc je me suis dit ça va être compliqué, il va falloir se battre, monter des dossiers et je me suis découragée. »

« Cela s'est traduit par des réflexions, des regards, des refus d'écouter ou de considérer. C'est de la langue de bois, de la sourde oreille, c'est un peu, c'est comme ça, marche ou crève ! On sent qu'ils n'ont pas envie de bouger, et que si on dénonce trop et qu'on va trop faire des actions en justice ou qu'on va trop voir les syndicats, on se fait mal voir de l'employeur, donc on sent qu'après... On ne me l'a pas fait payer directement mais on sent qu'après dans le travail, ça fait des embuches. »

II· QUELS IMPACTS SUR LES TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES ET LES INDIVIDUS ?

Les pathologies chroniques et les discriminations qui peuvent y être associées ont un retentissement majeur sur les individus et leur parcours de vie. Au-delà des discriminations explicitement rapportées, les personnes actives font part de l'ampleur des conséquences de leur état de santé sur leur parcours professionnel, qui sans être identifiées comme telles, pourraient être constitutives, en droit, d'une discrimination.

A. DIRE OU NE PAS DIRE : DILEMME ENTRE SECRET ET RÉVÉLATION

Les personnes salariées atteintes de maladie chronique sont confrontées à un véritable dilemme, celui de **révéler ou non leur maladie au travail**. Plusieurs études indiquent que les malades chroniques font part de leurs difficultés à choisir, entre d'une part leur désir de se confier et d'échanger autour de la maladie avec des collègues proches ou d'informer la hiérarchie pour bénéficier de ressources susceptibles de les soutenir, et d'autre part, la crainte de voir le regard de l'entourage professionnel changer et de s'exposer à des attitudes stigmatisantes ou à des discriminations⁴³.

Dans l'enquête, la grande majorité de personnes affectées par une maladie chronique (73 %) déclarent que leurs problèmes de santé sont connus de leurs

collègues ou d'une partie d'entre eux, que ce soit parce qu'elles se confient à certains collègues choisis, ou parce que la maladie est visible. Pour autant, **seulement la moitié des malades environ ont informé leur employeur ou supérieur hiérarchique de leur état de santé** (respectivement 47 % et 51 %) et, parmi ceux qui ne l'ont pas fait, 40 % d'entre eux ont déclaré avoir peur des répercussions négatives (sanctions, mesures de représailles, perte de confiance, crainte d'une redistribution des tâches sur d'autres collègues) ou d'un changement d'attitude de la part de leur entourage professionnel. Les personnes âgées de 50-64 ans, perçues comme blanches, de profession intermédiaire, en CDI ou fonctionnaire, ou avec plus de 15 ans d'ancienneté sont plus susceptibles de porter leurs problèmes de santé à la connaissance de leur supérieur hiérarchique. Cela souligne combien la maladie et ses nouvelles contraintes s'inscrivent dans des conditions de vie contrastées qui n'offrent pas les mêmes moyens pour y faire face (niveaux de formation, précarité-stabilité de l'emploi, capital économique, social et culturel, ancienneté...)⁴⁴.

La littérature montre que du fait de la stigmatisation et de l'invisibilité de nombreuses maladies chroniques, le malade au travail est **toujours considéré comme suspect** : il est suspecté de mentir ou d'instrumentaliser sa maladie pour se

soustraire à des tâches qui s'imposent aux autres et est plus généralement perçu comme manquant de fiabilité⁴⁵. Ces représentations varient selon le milieu professionnel (certains étant perçus comme plus tolérants vis-à-vis de la maladie) et la pathologie, la stigmatisation étant particulièrement importante pour des maladies psychiques ou mentales et pour des maladies comme le VIH ou l'hépatite associées à des conduites à risques ou des comportements considérés comme marginaux.

TÉMOIGNAGES

- « Je n'ose pas parler de ma dépression et de mon anxiété et j'invente une autre maladie plus physique. »
- « Lors de mes 20 ans quand je travaillais encore en tant que cuisinier, j'ai contracté une grave maladie (dermatomyosite). Celle-ci portait directement atteinte à ma structure musculaire et donc à mes capacités physiques. Mes collègues ne me croyaient pas et me le faisaient payer en pensant que je mentais pour en faire moins. »
- « Je n'ai pas osé dire mon handicap à un jury de recrutement de peur de ne pas être embauchée. J'ai caché ma maladie pendant 1 an. »
- « J'ai 35 ans donc ça doit faire 5 ans que j'ai arrêté de dire que j'étais handicapé et que j'avais une reconnaissance de travailleur handicapé. Et en effet, je trouve du travail alors qu'avant je n'en avais jamais trouvé. Donc dès qu'on dit qu'on est handicapé, on est refusé tout de suite. »
- « Au centre de gestion (...) je suis allée voir le médecin du travail, et finalement vu que je n'ai plus été renouvelée, je me suis demandé si j'avais bien fait, est-ce que ça m'a servi ou desservi ? »
- « [Avant] Je le disais, maintenant je continue un peu, mais je suis méfiante, je regarde comment je sens un peu la personne avant de cracher le morceau et d'être très honnête, parce que des fois ça me retombe dessus. »
- « Quand la maladie est invisible (...), les employeurs ont plus du mal à y prêter une oreille complaisante parce qu'ils se disent " Et si c'était du bluff, qu'elle ne veuille pas travailler ou ci ou ça ? ", parce que comme ça ne se voit pas, ça fait une preuve en moins que c'est vraiment réel pour eux, parce qu'ils ne le vivent pas. Nous qui le vivons, on le sait mais on ne peut qu'en parler, ça reste des mots et pour eux c'est moins palpable donc c'est moins évident. »
- « Même si on en parle beaucoup aujourd'hui de l'endométriose, qu'on en parle à la TV, que le gouvernement s'est aussi emparé du sujet, je trouve que les employeurs (...) ne comprennent pas vraiment comment un problème de règles peut amener à ça, et du coup, on est souvent un petit peu pas prise au sérieux, on pense qu'on est trop sensible, trop douillette, un peu fainéante. (...) J'avais tellement peur de perdre mon CDD, que des fois je ne disais rien, je me débrouillais, c'était compliqué mais voilà. Je n'ose pas trop en parler parce qu'on sent que les gens ne comprennent pas. »

Au-delà des préjugés, la **peur de ne pas trouver un emploi, d'être mis au placard ou licencié** reste très prégnante. Plus de la moitié des malades (58 %) ne parlent jamais de leurs problèmes de santé lors d'une candidature pour un poste : un tiers d'entre eux se taisent par peur d'un changement d'attitude de l'employeur. Dans bien des cas, la révélation de la maladie lors d'un entretien de recrutement donne lieu à un rejet discriminatoire de la candidature. Les travaux de Hittinger-Legros et Obrecht (2010) indiquent, par exemple, que les employeurs et employeuses refusent systématiquement à l'issue de l'entretien d'embauche les personnes ayant mentionné leur séropositivité⁴⁶.



DÉCISION

Décision du 22 octobre 2021 du Défenseur des droits : rejet de candidature discriminatoire du fait de la connaissance des absences pour raisons de santé de la candidate

Le Défenseur des droits a été saisi d'une réclamation relative au rejet d'une candidature pour un poste d'intervenante sociale au sein d'un conseil départemental. Après avoir reçu un avis favorable à sa candidature et transmis ses bulletins de salaire, sur lesquels était mentionnée sa rémunération à demi-traitement en raison de son placement en congé de maladie, la réclamante a été informée du rejet de sa candidature. Interrogé par les services du Défenseur des droits, le département a fait valoir que l'intéressée avait manqué à ses obligations de loyauté et de transparence compte tenu de sa réticence à transmettre les informations sollicitées par le service chargé de son recrutement.

Après avoir constaté que la réclamante avait transmis les documents sollicités dans un délai raisonnable de cinq jours, la Défenseure des droits a rappelé au département que seul le médecin du travail est habilité à connaître des informations relatives à l'état de santé des agents publics, dans le respect des règles de confidentialité et du secret médical.

La Défenseure des droits a ainsi considéré que la réclamante a fait l'objet d'une discrimination à l'embauche fondée sur son état de santé et a recommandé au département de l'indemniser des préjudices subis⁴⁷.

Comme l'indique Portsmouth (2016), lorsqu'ils sont en emploi, de nombreux malades chroniques mettent en place des **stratégies pour cacher leur maladie** et répondent aux exigences professionnelles par un surinvestissement dans le travail, aux dépens de leur propre santé physique et mentale⁴⁸. Dans l'étude, **près de la moitié (45 %) des malades choisissent de travailler, parfois ou souvent, contre l'avis de leur médecin généraliste**, principalement par peur de perdre des jours de salaire, par conscience professionnelle (peur de surcharger les collègues, peur de prendre du retard dans le travail), ou par peur du jugement et des représailles (peur du regard des collègues, peur des représailles de l'employeur). Un tiers d'entre eux décident aussi de reprendre le travail après un arrêt maladie malgré les préconisations du médecin parce qu'ils se sentent capables de travailler.

B. DES RÉPERCUSSIONS DÉLÉTÈRES ET DURABLES SUR LA VIE PROFESSIONNELLE ET LA SANTÉ PSYCHIQUE

Plus des deux tiers (70 %) des personnes actives atteintes de maladie chronique déclarent que **leur état de santé a eu des répercussions sur leur vie professionnelle**. Trois types de conséquences peuvent être identifiés :

- Les répercussions négatives qui sont susceptibles d'être constitutives, dans la plupart des cas, d'une discrimination (citées par la moitié des personnes actives malades ayant indiqué des répercussions sur leur vie professionnelle) : licenciement, non-renouvellement du contrat ou mesures de représailles, dégradation des conditions de travail, changement d'attitude de l'entourage professionnel, blocages dans les possibilités d'avancement, difficulté à trouver un emploi stable ;
- La mise en place d'une solution d'aménagement ou de reclassement (aménagement du poste de travail dans 26 % des situations, reclassement sur un autre poste ou réorientation professionnelle pour 27 % des cas) ;
- La mobilisation, par la personne malade, de ressources et de capacités d'adaptation (38 % des cas), qui peut être un facteur à la fois de résistance face à la maladie et d'épuisement et de dégradation de la santé : stratégies pour cacher son état de santé, compromis ou surinvestissement pour adapter sa charge de travail ou pallier ses absences, élaboration d'un projet de réorientation professionnelle, etc.

Au-delà des discriminations et de leurs conséquences sur l'emploi, les études sur le sujet montrent que l'épreuve de la maladie chronique peut permettre le développement ou la consolidation de nouvelles compétences (autonomisation, affirmation de ses propres désirs et résistance aux attentes d'autrui, modification du rapport à soi-même, à sa santé, développement d'un nouveau projet professionnel, etc.) et être l'occasion d'inventer un nouveau rapport au travail⁴⁹.

RÈGLEMENT AMIABLE

Règlement amiable du 23 décembre 2021 du Défenseur des droits : mise à l'écart, refus de formation et conditions de travail dégradées liées à l'état de santé

Le Défenseur des droits a été saisi par une infirmière, salariée d'une entreprise, placée en congé de maladie longue durée pendant huit mois. Elle estimait avoir subi, après sa reprise, des faits de discrimination en raison de son état de santé et de son handicap, se traduisant par des difficultés d'accès à la formation, des périodes d'inactivité ou d'affectation à des postes précaires sans rapport avec son profil, une mise à l'écart et des conditions de travail dégradées.

L'instruction approfondie de cette réclamation par les services du Défenseur des droits a notamment établi l'existence du manquement de l'employeur à son obligation d'aménagement raisonnable de son poste de travail et d'un harcèlement moral lié à l'état de santé ou au handicap de la réclamante exercé par ses collègues de travail, tous deux susceptibles de constituer une discrimination au sens des dispositions applicables⁵⁰.

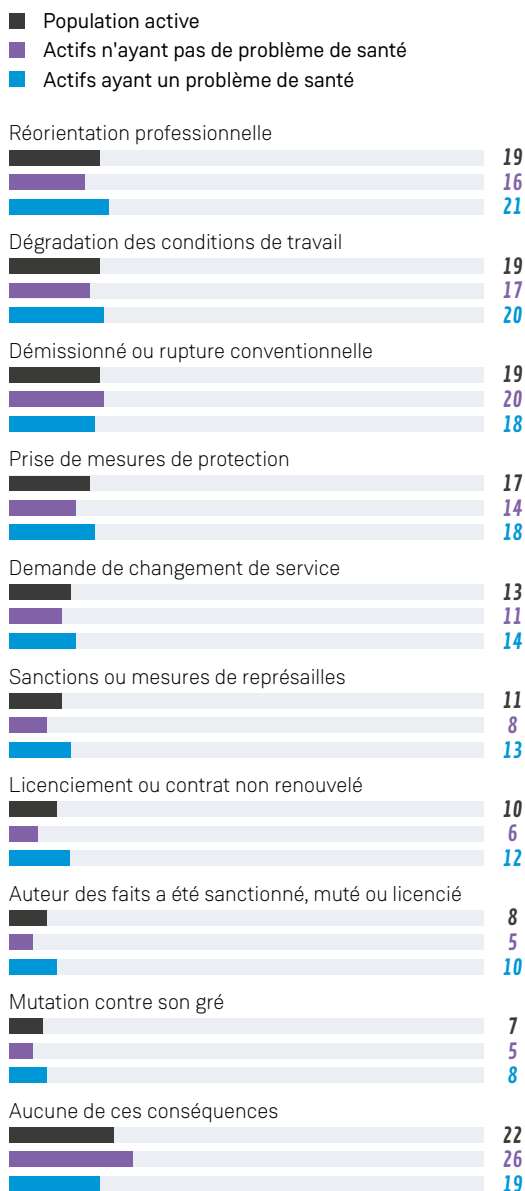
TÉMOIGNAGES

- « En raison de mon état de santé, je n'ai connu qu'une succession de CDD, sans pouvoir me projeter, alors que je suis seule avec un enfant à charge. »
- « Insidieusement, on m'a fait remarquer que certaines choses avaient changé du fait de mon long arrêt maladie, j'ai ressenti une sorte de placardisation. »
- « J'ai été hospitalisé d'urgence pour une perte de pouls et un bras blanc, une ischémie de l'artère, plusieurs semaines d'hospitalisation pour trouver la cause qui est en fait une maladie rare des artères. Pendant ce temps, ma n+1 ne répond pas à mes appels et messages, mon retour a été très compliqué et non facilité par ma responsable, elle ne m'a plus adressé la parole, j'ai fini par demander ma mutation dans une autre collectivité. »

- « Je souffrais à l'époque d'une maladie chronique. Mon contrat était renouvelé chaque année, mais les 18 derniers mois ont été émaillés de plusieurs arrêts de travail. Ma direction a utilisé ce prétexte pour réduire dans un premier temps mon volume horaire (pertes financières conséquentes) avant de ne pas renouveler mon contrat, bien que mon travail ait été salué et nullement remis en question. »
- « J'ai été virée d'un stage (pour une formation en contrat de professionnalisation), car l'avocate (mon employeur) ne voulait pas prendre la responsabilité si mes soucis s'aggravaient. »
- « Les maladies chroniques entraînent des réflexions, des changements de comportement et une vision complètement différente du monde. (...) J'ai fait deux formations, un Master 2 et un DU après le deuxième cancer. J'ai voulu vraiment développer au maximum mes compétences, mais en faveur des patients, des patientes, et des personnes en situation de handicap. Les gens ne comprenaient pas pourquoi j'étais passée de cadre à médicosocial, j'ai divisé mon salaire en deux, on ne comprenait pas. »
- « J'ai beaucoup travaillé, mais finalement sans jamais pouvoir avoir vraiment un poste, bien que j'ai fait des études, que j'aie des qualifications, j'ai toujours fait le bouche-trou, remplaçante, petite main à droite à gauche, pour dépanner, notamment dans la fonction publique territoriale, et jamais on ne m'a laissé ma chance, même si la qualité de mon travail était reconnue. (...) Dans la fonction publique territoriale, la voie royale c'est la voie du concours, et sachant que pour les travailleurs reconnus travailleurs handicapés, il y a des dispenses de concours, il y a des tiers temps supplémentaires, des aménagements, au bout de 6 ans on doit avoir un CDI, il y a plein de choses, j'ai regardé les textes de loi. Mais malheureusement, sur le papier oui, mais dans la vie j'ai vu que voilà. (...) Socialement aussi c'est difficile, rester chez ses parents, parce qu'on nous demande pour un loyer de présenter des fiches de paie, un CDI pour emprunter à la banque aussi, et tout ça on ne peut jamais le faire, c'est compliqué. »

GRAPHIQUE 6

10 principales conséquences des discriminations sur la vie professionnelle des victimes de discrimination ou de harcèlement discriminatoire (%)



Question : ce(s) fait(s) de discrimination ou de harcèlement discriminatoire a-t-il (ont-ils) eu les conséquences suivantes sur votre vie professionnelle ?

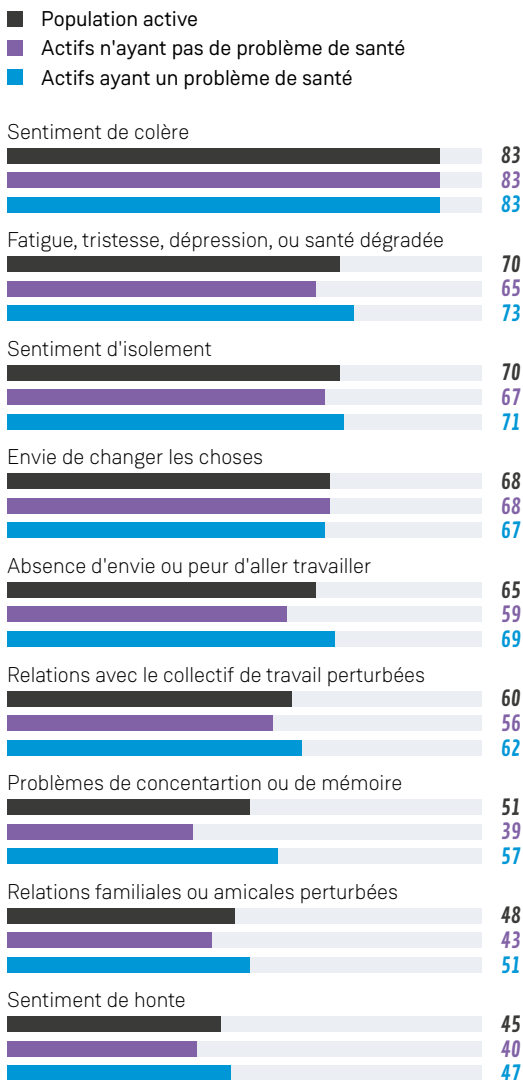
Lecture : 21 % des personnes atteintes de maladie chronique ayant déclaré une discrimination ou un harcèlement discriminatoire dans l'emploi ont décidé de se réorienter professionnellement à la suite des faits, contre 19 % pour la population active.

Champ : population active ayant vécu une discrimination ou un harcèlement discriminatoire dans l'emploi (N = 1 045).

Note : plusieurs réponses possibles.

GRAPHIQUE 7

Conséquences émotionnelles des discriminations sur les victimes (%)



Question : au moment des faits ou durablement, ce(s) fait(s) a-t-il (ont-ils) eu les répercussions suivantes sur vous ?

Lecture : 83 % des personnes atteintes de maladie chronique ayant déclaré avoir vécu une discrimination ou un harcèlement discriminatoire dans l'emploi ont ressenti de la colère, que ce soit sur le moment ou plus durablement, de même que pour l'ensemble de la population active.

Champ : population active ayant vécu une discrimination ou un harcèlement discriminatoire dans l'emploi (N = 1 045).

Note : plusieurs réponses possibles.

La discrimination ou le harcèlement discriminatoire ont également des **répercussions durables et importantes sur la santé mentale** des personnes qui en sont victimes : plus de 73 % des malades chroniques ayant vécu une discrimination reconnaissent avoir traversé une période où leur santé mentale s'est dégradée (tristesse, fatigue, dépression). Comme le soulignent Huillier et Waser (2016), ces conséquences émotionnelles et psychiques tiennent pour les personnes concernées à la « double peine », celle qu'impose la maladie et celle liée aux discriminations et plus largement au traitement social de la maladie dans le cadre professionnel⁵¹.

Les discriminations peuvent aussi affecter les **relations avec l'entourage professionnel ou les proches** : 62 % des répondants malades ayant vécu une discrimination ont eu des relations perturbées avec le collectif de travail et la moitié avec leur entourage familial et amical.

TÉMOIGNAGES

« J'ai un master, un diplôme petite enfance, plein de choses qui pourraient me permettre de travailler, mais je ne me sens pas à la hauteur, c'est quelque chose qui me poursuit. Et ça, c'est lié beaucoup à la discrimination, je pense, parce que j'ai toujours été rejeté pour travailler, on m'a toujours dit que je n'y arriverai pas. »

« Ça a eu des conséquences au niveau psychique, parce que j'avais l'impression de ne plus avoir une place importante dans une structure, et que la maladie avait annulé mes compétences. Donc je ne valais plus rien, j'étais nulle. J'ai dû travailler sur mes compétences, sur ce que je cherchais dans le monde et ce que je voulais faire. Ça a entraîné (...) une envie de me battre. »

« J'ai vraiment envie de taper sur la table et de dire, arrêtez de nous discriminer ! Arrêtez de nous mettre à l'écart, on a des compétences, et même si mon corps est fatigué, mon esprit est là, je suis capable de travailler, de réfléchir, mais mon corps est en décalage avec mon esprit, mon mental. Donc essayez de nous accepter comme nous sommes devenus, et ce que nous n'avons pas voulu, ça nous est arrivé, et on est obligé d'être résilients dans une situation où tout nous pousse, tout nous décale. »



« J'ai pris des anxiolytiques. J'ai pris énormément de poids, et la DRH me dit que c'est lié à mon jour supplémentaire de télétravail ! J'ai quand même pris 10 kilos, et mon médecin m'a dit, non c'est l'angoisse permanente, de devoir en permanence m'expliquer, me justifier, contester. »

C. UNE PROJECTION PLUS INCERTAINE DANS L'EMPLOI ACTUEL ET DANS L'AVENIR PROFESSIONNEL

L'anticipation de discriminations ou des répercussions éventuelles de leur état de santé peut se traduire par le **peur de perdre son emploi actuel ou par des comportements d'autocensure** lors de la recherche d'un emploi. Un tiers environ (32 %) des personnes atteintes d'une maladie chronique doutent ou ne pensent pas que leur état de santé leur permettra d'exercer le même poste d'ici deux ans (contre 16 % du reste de la population active) et un quart d'entre eux craignent d'être mutés à un autre poste contre leur volonté (contre 10 % du reste de la population active). De façon plus générale, un quart des individus actifs atteints d'une maladie chronique qui

pensent qu'actuellement leurs problèmes de santé n'ont pas de conséquence sur leur vie professionnelle pensent qu'à l'avenir ils en auront, de façon certaine ou probable.

Par conséquent, lors de la recherche d'un emploi, les personnes atteintes de maladie chronique s'autocensurent davantage en ne répondant pas à une offre d'emploi qui correspondrait pourtant à leurs compétences (59 % contre 34 % pour le reste de la population active), et ce principalement en raison de leur état de santé ou de leur handicap (32 %) et de leur âge (23 %). Comme l'indique Portsmouth (2016), la fréquence des discriminations dans l'emploi conduit plus souvent les actifs et actives dont la santé est dégradée à privilégier « un travail stable, en dessous de [leurs] capacités, afin de se maintenir dans l'emploi » et favorise ainsi un phénomène général de **déclassement professionnel**⁵².

III· LE RÔLE CLÉ ET DIFFICILE DES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL

L'employeur est responsable de la santé et de la sécurité de ses salariés. Il est également garant de la démarche de prévention et de santé au travail et de sa mise en œuvre. Selon les articles L. 4121-1 et suivants du Code du travail, il est tenu à une **obligation de sécurité** et doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. La loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires⁵³, combinée au décret du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité au travail⁵⁴, imposent également une obligation de résultat en matière d'hygiène et de sécurité des agents publics afin de préserver leur santé dans l'exercice de leurs fonctions.

Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, des actions d'information et de formation, la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Pour mener à bien sa démarche de prévention, l'employeur s'appuie sur un ensemble d'acteurs (ressources humaines, encadrement, représentants du personnel, services de prévention et de santé au travail) parmi lesquels la **médecine du travail**, qui se trouve au centre du dialogue entre l'organisation et le salarié malade et joue un rôle clé.

Cependant, si le Code du travail impose à l'employeur d'organiser ou d'adhérer à un service de prévention et de santé au travail (SPST), il est reconnu que la **pénurie de personnel médical, le manque de moyens et la dévaluation de la médecine du travail**⁵⁵ ne permettent pas à ses agents de mener à bien leurs missions et d'assurer le suivi renforcé de la santé des salariés (mise en place d'une

visite médicale à la moitié de la carrière, renforcement des mesures de prévention, extension des missions des SPST, etc.) prévu par la loi du 2 août 2001⁵⁶. Ces difficultés ne sont pas sans conséquence sur l'information et l'accompagnement des employeurs et des salariés en matière de santé au travail et sur le maintien dans l'emploi des travailleurs fragilisés par des problèmes de santé.

FOCUS

LES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL (SPST)

Depuis 1946, les SPST ont pour mission « d'éviter l'altération de la santé du travailleur du fait de son travail », en conseillant l'employeur, les travailleurs et les représentants du personnel dans la mise en œuvre de mesures de prévention adaptées. Ils sont notamment chargés du suivi individuel et de la préservation de l'état de santé des travailleurs, de la prévention des risques professionnels et de la lutte contre la désinsertion professionnelle. Les missions des services de prévention et de santé au travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail pouvant comprendre des médecins du travail, mais également des collaborateurs médecins, des internes en médecine du travail, des infirmiers, des intervenants en prévention des risques professionnels, des auxiliaires médicaux. En imposant la création de services inter-entreprises à défaut d'organiser un service interne (obligatoire au-delà de 500 salariés), la loi a favorisé la mutualisation des services médicaux.

A. DES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION AU TRAVAIL ET DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI MÉCONNUS TANT DE L'EMPLOYEUR QUE DES TRAVAILLEURS

Dans le cadre de sa démarche de prévention, l'employeur doit mettre en place des actions d'information et de formation auprès des salariés sur la santé et la sécurité au travail, qui seront assurées par les SPST, notamment auprès des personnes nouvellement recrutées, lors de la visite médicale d'information et de prévention.

FOCUS

LA VISITE MÉDICALE D'INFORMATION ET DE PRÉVENTION

Tout salarié qui vient d'être recruté doit bénéficier d'une visite d'information et de prévention, qui doit être organisée par l'employeur dans un délai de 3 mois à partir de sa prise de fonction effective, c'est-à-dire à partir du moment où il a effectivement commencé à travailler.

Elle a pour but d'interroger le salarié sur son état de santé, de l'informer sur les risques éventuels auxquels il peut être exposé sur son poste de travail, de le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre et de lui communiquer toutes les informations nécessaires au suivi de son état de santé par le service de prévention et de santé au travail.

Le Code du travail fixe à 5 ans le délai maximum entre deux visites d'information et de prévention à la médecine du travail. Mais cet intervalle est ramené à 3 ans pour les salariés dont l'état de santé, l'âge, les conditions de travail ou les risques professionnels auxquels ils sont exposés le nécessitent, notamment les travailleurs handicapés, les salariés titulaires d'une pension d'invalidité et les travailleurs de nuit. Les salariés affectés à des postes à risques bénéficient d'un suivi renforcé, avec un délai entre deux examens par le médecin du travail ne pouvant excéder 4 ans. Dans ce cas, une visite intermédiaire est également effectuée par un professionnel de santé au plus tard 2 ans après la visite avec le médecin du travail.

Selon l'enquête, les personnes atteintes d'une maladie chronique sont paradoxalement moins bien informées sur les enjeux liés à la santé au travail que le reste de la population active, notamment les cadres, les professions intermédiaires et les salariés du privé. De façon générale, les **actions d'information et de prévention** auprès des salariés semblent **lacunaires et très inégales** selon les organisations : seulement la moitié des malades chroniques connaissent plutôt bien ou très bien les bons gestes et mesures de prévention au travail (53 % d'entre eux contre 59 % pour le reste de la population active), les informations liées à la santé au travail (44 % contre 50 %) et les risques auxquels ils sont exposés dans leur emploi (51 % contre 58 %). Les dispositifs tels que les aménagements de poste qui peuvent être préconisés par le médecin du travail ou le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) sont encore moins bien connus.

B. UN ACCÈS INÉGAL, INSUFFISANT ET PARFOIS REDOUTÉ AUX SERVICES DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL

La méconnaissance par les salariés des mesures de prévention de la santé et de réduction des risques au travail résulte de nombreux facteurs : absence de politiques de prévention dans l'entreprise, non-respect par l'employeur de son obligation de prévention et de sécurité et des visites médicales obligatoires, embolisation de la médecine du travail, etc. Elle témoigne ainsi d'un **accès encore très insuffisant** et parfois redouté aux **services de prévention et de santé au travail**.

De façon générale, les deux tiers des personnes malades interrogées considèrent que les visites chez le médecin de prévention devraient être plus fréquentes, plus de la moitié pour le reste de la population active. Pour une proportion significative de la population active, l'obligation légale de bénéficier tous les 5 ans d'une visite médicale obligatoire n'est pas respectée : 22 % des personnes n'ont ainsi pas bénéficié de visite médicale depuis plus de 5 ans dans leur organisation et plus de la moitié des

personnes, atteintes ou non d'une maladie chronique, considèrent que leur médecin du travail connaît mal leur état de santé (respectivement 54 % et 57 %).

Afin d'aider au maintien dans l'emploi des personnes atteintes d'une maladie ou d'un handicap, le médecin du travail peut effectuer des **préconisations** auprès de l'employeur ou de l'employeuse pour adapter le poste de travail et réaliser des aménagements nécessaires ou si cela n'est pas possible, proposer un reclassement (interne ou externe) et/ou une formation adaptée aux besoins en vue d'une réorientation professionnelle. Il peut également émettre un avis d'inaptitude au poste de travail et conseiller le salarié ou la salariée dans ses démarches de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Comme l'a déjà souligné le Cese, le **rôle capital du médecin du travail est difficile**, du fait à la fois de la complexité de ses missions (interventions auprès d'un grand nombre de salariés et de structures) et du manque de temps et de moyens dont il dispose pour les mener à bien⁵⁷ : « *Si le médecin du travail doit bien sûr connaître la pathologie, son histoire, son évolution possible, ses traitements et effets secondaires, il doit aussi avoir une bonne connaissance du poste en question et de l'organisation du travail dans l'entreprise dans son ensemble, pour déterminer quelles modifications sont réalistes et acceptables par le collectif de travail* »⁵⁸.

Par ailleurs, en raison de l'absence d'accès au dossier médical du médecin traitant ou des autres praticiens, le médecin du travail ne dispose que des informations que le salarié veut bien lui transmettre. La médecine du travail étant parfois perçue comme une « médecine de contrôle » chargée de déterminer la capacité des salariés à travailler⁵⁹, la visite médicale peut susciter auprès des salariés atteints d'une maladie chronique une vive appréhension : dans l'enquête, **47 % des personnes actives malades ont déclaré hésiter à livrer des informations à leur médecin du travail**, car ils ne le connaissent pas ou ne l'ont pas choisi (contre un tiers pour le reste de la population

active) et 40 % ont peur que l'avis du médecin puisse avoir des répercussions négatives sur leur travail (contre un quart environ pour la population active).

De même, les visites de pré-reprise et de reprise prévues pour accompagner le salarié dans son retour au travail après un arrêt maladie d'une certaine durée ou d'un congé maternité sont loin d'être systématiques. Ces visites ont pour objectifs de permettre au médecin du travail d'échanger avec le salarié sur ses besoins et difficultés éventuelles, de vérifier si le poste de travail est adapté à son état de santé et de faire, si nécessaire, des préconisations d'aménagement du poste ou de reclassement.

FOCUS

LES VISITES DE PRÉ-REPRISE ET DE REPRISE

Une visite de pré-reprise est une visite médicale pour les salariés qui peut être organisée dans le but d'accompagner, de préparer et d'anticiper, pendant leur arrêt, leur retour au travail dans les meilleures conditions et de proposer des aménagements éventuels. Bien qu'elle ne soit pas obligatoire, cette visite de pré-reprise peut être demandée par le médecin du travail, par le médecin traitant, par le médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou par le salarié lui-même.

Une visite de reprise est une visite médicale obligatoire. C'est un examen par le médecin du travail soit le jour de la reprise effective au poste de travail, soit dans un délai de huit jours suivant le retour au travail du salarié. C'est l'employeur qui sollicite les services de prévention et santé au travail, dès qu'il connaît la date de fin de l'arrêt de travail, pour fixer la date de la visite de reprise. Cette visite a lieu après un congé de maternité, une absence pour cause de maladie professionnelle, une absence d'au moins 30 jours pour cause d'accident du travail, ou une absence d'au moins 60 jours pour cause de maladie ou d'accident non professionnel.

Malgré son caractère obligatoire, environ un tiers des salariés malades ayant eu un arrêt de plus de 60 jours au cours des 5 dernières années (31 %) n'ont pas eu de visite de reprise, et plus particulièrement les femmes (39 % contre 24 % des hommes) et les salariés et agents des petites organisations (43 % pour les personnes travaillant dans des entreprises ou administrations de moins de 20 personnes).

TÉMOIGNAGES

- « Nous avons été trois agents arrêtés durablement pour des raisons médicales différentes, les deux autres ont bénéficié de visites de reprise et d'aménagement des conditions de travail, ce qui n'a pas été mon cas. »
- « L'ancien médecin m'avait dit que je n'avais pas le droit de sortir de ma structure, et là ce médecin [me dit le contraire], parce que ce n'était pas le même, parce que dans ma commune, on n'a pas de médecin du travail qui reste longtemps. Soit il reste un ou deux ans, et après c'est fini, soit il reste six mois et se barre, parce qu'il voit bien que ce qu'il impose n'est pas mis en place. »

C. DES PRÉCONISATIONS DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL SOUVENT BIEN ACCUEILLIES PAR LES SALARIÉS CONCERNÉS

Malgré les craintes éventuelles, les préconisations de la médecine du travail sont généralement bien accueillies par les salariés concernés : 78 % d'entre eux approuvent les recommandations formulées par le médecin lors des visites de pré-reprise et de reprise qui ont fait suite à un arrêt de travail de plus de 60 jours, notamment lorsque la solution privilégiée par le médecin du travail est celle de l'aménagement ou de l'adaptation du poste de travail (43 % des cas). À l'inverse, l'avis d'inaptitude (17 % des situations), partiel ou total, est globalement moins bien perçu par les salariés concernés, de même pour les solutions alternatives à l'emploi actuel (reclassement sur un poste interne ou

externe à l'organisation et/ou formations pour faciliter un reclassement ou une réorientation professionnelle).

FOCUS

LES DIFFÉRENCES ENTRE INCAPACITÉ, INVALIDITÉ ET INAPTITUDE

L'incapacité désigne l'impossibilité pour le salarié de travailler ou d'effectuer certaines tâches de son emploi à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Elle est prescrite par un médecin et validée par le médecin-conseil de l'Assurance maladie. Elle peut être temporaire ou permanente.

L'invalidité est déclarée lorsque la capacité de travail du salarié est réduite et n'est pas d'origine professionnelle. Elle est constatée par le médecin-conseil de la caisse d'Assurance maladie. L'assuré a alors droit à une pension d'invalidité lorsque la perte de sa capacité de travail ou de gain est estimée à au moins deux tiers. Le placement en invalidité, y compris en invalidité de 2^e catégorie (impossibilité d'exercer une activité professionnelle), par la Sécurité sociale ne vaut pas automatiquement inaptitude au poste de travail. Autrement dit, même dans ce cas, il appartient au seul médecin du travail de reconnaître le salarié invalide comme inapte à son poste.

L'inaptitude est déclarée par le médecin du travail uniquement, lorsqu'aucune mesure d'aménagement ou d'adaptation du poste de travail actuel du salarié n'est possible. Dans ce cas, l'employeur est contraint de lui proposer le reclassement sur un autre poste au sein de l'entreprise. Si le reclassement est impossible ou si le salarié refuse, l'employeur peut engager une procédure de licenciement pour inaptitude.

IV· MAINTIEN DANS L'EMPLOI, OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR ET COLLECTIF DE TRAVAIL

Si l'employeur est le garant de la politique de prévention et doit répondre à son obligation légale de sécurité, l'ensemble du milieu de travail (direction, service des ressources humaines, encadrant direct, collègues, représentants du personnel, etc.) peut être concerné par la gestion des situations de travail ou d'emploi des personnes atteintes de maladie chronique. Comment se gèrent ces questions liées à la santé ou à la vulnérabilité au plus haut niveau de l'entreprise ou dans la vie quotidienne d'un service ? Quelle réorganisation du travail et quels aménagements sont prévus quand un salarié affronte un problème de santé durable ? Quelles sont les actions individualisées ou collectives qui sont mises en place pour que les personnes atteintes de maladie chronique puissent se maintenir et développer leur santé dans l'emploi ?

A. UNE OBLIGATION DE SÉCURITÉ INÉGALEMENT RESPECTÉE PAR LES EMPLOYEURS

Les entreprises et administrations doivent répondre à un « triple enjeu » : faciliter le retour au travail après un arrêt maladie de longue durée ou une sortie de l'emploi, permettre de conserver un emploi correspondant à la qualification malgré une santé altérée, et plus largement prévenir et lutter contre l'usure professionnelle.

En France, les employeurs appréhendent généralement la maladie chronique par **des politiques, dispositifs et mécanismes**

institutionnels voisins de ceux dédiés au handicap⁶⁰. L'évolution du cadre légal en matière d'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap a permis de réaffirmer le principe de non-discrimination et de donner la priorité au maintien dans l'emploi en renforçant les obligations légales des employeurs (obligation d'emploi des travailleurs handicapés, obligation d'aménagement raisonnable, obligation de négociation avec les partenaires sociaux d'un accord sur l'emploi des personnes handicapées tous les ans, etc.). Les plans de santé publique (Plan national de santé publique, Plan cancer, Plan maladies chroniques...) et de santé au travail (Plan de santé au Travail 2021-2025, axe stratégique 2, objectif 4) inscrivent également la lutte contre la désinsertion professionnelle des salariés fragilisés par des problèmes de santé comme un objectif prioritaire.

L'employeur est également tenu de **respecter les préconisations du médecin du travail** (adaptations et aménagements de poste, et si cela n'est pas possible, proposer un reclassement sur un autre poste, interne ou externe, ou une formation adaptée aux besoins en vue d'une réorientation professionnelle⁶¹) et se conformer aux recommandations d'un avis d'aptitude avec réserve ou d'inaptitude. Si ce n'est pas le cas, il doit en informer le médecin et justifier des raisons pour lesquelles il ne peut les mettre en œuvre⁶². Selon la Cour de cassation, le non-respect répété, par un employeur, des préconisations du médecin du travail peut constituer un harcèlement moral⁶³.

Dans l'enquête, dans 69 % des cas, l'employeur a mis en place (ou est en train de le faire) les préconisations de la médecine du travail pour des salariés affectés par un problème de santé durable. Par opposition, **un tiers des employeurs environ n'ont pas suivi (ou que partiellement) les préconisations du médecin du travail, avec principalement des refus d'aménagement de poste, manquant ainsi à leur obligation de sécurité.** Comme le souligne l'Anact, « le non-respect des obligations légales en matière d'emploi des populations reconnues travailleurs handicapés, les déclarations d'inaptitude ou de restrictions médicales et l'exclusion progressive du monde du travail de toute personne fragilisée par un problème de santé restent des tendances fortes »⁶⁴. Lorsqu'un avis d'inaptitude est émis par le médecin et qu'aucun aménagement ne peut être proposé, la plupart des entreprises ne recherchent pas activement de poste en vue d'un reclassement interne et « *le licenciement est préféré à d'autres solutions* » quasi systématiquement⁶⁵.

L'aménagement du poste de travail est pourtant un défi majeur pour les organisations, puisque, selon l'étude, elle concerne près d'un salarié sur deux atteints de maladie chronique : 19 % en bénéficiant et 29 % n'en bénéficient pas, mais en auraient besoin. Les principaux aménagements mis en place concernent l'adaptation de l'environnement de travail (dans 47 % des cas), du temps de travail (47 %) et de la charge de travail (35 %). De façon plus rare, une assistance pour les déplacements professionnels ou entre le domicile et le travail (11 %), ainsi qu'une assistance sur le lieu de travail (5 %) ont été mises en place.

Parmi les personnes malades n'ayant pas bénéficié d'aménagement malgré le besoin identifié, 26 % déclarent que l'employeur a refusé de les mettre en place, alors qu'il était en mesure de le faire, en préférant dans certains cas reclasser le salarié ou réorganiser le service. Le défaut d'aménagement s'explique également, dans 31 % des cas, parce que le salarié ne l'a pas demandé, dans 14 % parce que l'employeur n'était pas en mesure de réaliser les aménagements suggérés et

dans 16 % des cas parce qu'il n'a pas été proposé par le médecin de prévention. Toutes choses égales par ailleurs, **certains salariés sont moins susceptibles de bénéficier d'un aménagement, notamment ceux qui ont un travail pénible ou une faible ancienneté dans leur organisation** (annexe 4). À l'inverse, les personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative du handicap ou dont les problèmes de santé sont connus du médecin de travail sont davantage susceptibles de bénéficier d'un aménagement de poste.

DÉCISION

Décision du 29 septembre 2021 du Défenseur des droits : refus d'aménagement raisonnable

Le Défenseur des droits a été saisi du licenciement pour faute grave d'une salariée ayant la qualité de travailleur handicapé. L'enquête menée par le Défenseur des droits a permis d'établir l'existence d'un faisceau d'indices permettant de conclure à une discrimination en raison du handicap et de l'état de santé de la salariée, car l'employeur n'avait pas fourni la preuve d'avoir respecté son obligation d'aménagement raisonnable en prenant toutes les mesures appropriées pour permettre à la salariée d'exercer son emploi ou d'y progresser, notamment en la remplaçant pendant ses arrêts maladie, ni la preuve que le respect tardif des préconisations du médecin du travail était justifié par des éléments objectifs⁶⁶.

TÉMOIGNAGES

« Les employeurs ne veulent pas de déficients visuels dans leur équipe. Dans le cadre d'une activité professionnelle, les employeurs refusent de comprendre que le télétravail à 100 % est primordial. Dans mon cas, les déplacements sont extrêmement pénibles et stressants. Je suis beaucoup plus productive depuis la maison. J'adapte mon temps de travail en fonction de la fatigue oculaire. »

« À la suite de mon 3^e AVC, des troubles neurologiques et autres légers inconvénients

sont apparus. J'ai demandé, suivant l'avis du médecin du travail, un poste de travail adapté, mais d'expérience je savais que ce ne serait pas possible (demande refusée pour un autre salarié avec une autre pathologie), le tout se terminant par des pertes de travail. »

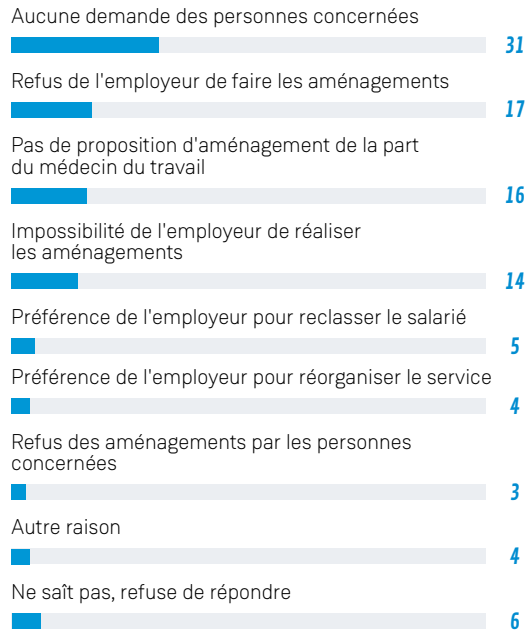
« J'étais cadre dans le social, mon poste était surchargé et je demandais à ma direction de m'aider en m'octroyant un secrétariat, mais on me répondait que ce n'était pas possible (alors que je savais que ça l'était !). Je me suis épuisée, la sclérose en plaques m'a rattrapée, j'ai eu de longues périodes d'arrêts maladie, puis une reprise à mi-temps thérapeutique, mais évidemment un mi-temps de chef de service n'était pas adapté puisque moi-même je faisais déjà quasiment 80 heures par semaine ! On m'a donc gentiment indiqué qu'on allait me licencier... »

« Avant d'être malade, j'étais responsable d'une équipe de 120 personnes. Pendant mes 6 mois d'absence, je n'ai pas été remplacée. Quand j'ai repris en mi-temps thérapeutique, j'ai dû faire du plein temps pour rattraper. Au bout de 2 mois, j'ai été obligée de m'arrêter à nouveau. Quand je suis revenue, j'avais été remplacée par 3 personnes et on m'a demandé de travailler dans l'équipe que je dirigeais comme simple collaboratrice. Je n'étais plus considérée comme fiable, mais ils ne voulaient pas perdre mon expertise. J'ai refusé et mes ennuis ont commencé. »

« Alors qu'il y aurait sûrement la possibilité des fois de faire du télétravail, quand il s'agit d'un travail administratif, il y aurait sûrement possibilité d'aménager des choses. Mais ces choses-là qui arrangeraient bien tout le monde, comme on ne peut pas les demander parce qu'ils ne veulent rien savoir, finalement ça peut faire de l'absentéisme (...). Alors que si tout le monde était partenaire pour vouloir bien comprendre et écouter, on pourrait faire beaucoup plus de choses, c'est pour ça que j'espère que des enquêtes comme ça vont contribuer, à travers des statistiques à faire bouger les choses. Là je parle de [ma situation], mais d'autres gens doivent parler de leur cas à eux, et cela dans toute la France que le handicap soit visible ou invisible, mental ou moteur, c'est pareil. »

GRAPHIQUE 8

Raisons expliquant le non-aménagement du poste pour les salariés qui estiment en avoir besoin (%)



Question : pour quelle raison ne bénéficiez-vous pas/ n'avez-vous pas bénéficié de ces aménagements ?

Lecture : 31 % des personnes atteintes de maladie chronique ayant déclaré ne pas bénéficier d'aménagements malgré leur besoin ne les ont pas obtenus, car ils ne les ont pas demandés.

Champ : personnes atteintes de maladie chronique ayant déclaré ne pas bénéficier d'aménagement malgré leur besoin (N = 553).



B. L'ORGANISATION DU SERVICE OU DU TRAVAIL EN CAS D'ARRÊT MALADIE : UN ENJEU COLLECTIF ENCORE MAL MAÎTRISÉ

Au-delà des obligations légales qui incombent à l'employeur, la gestion de la maladie et du handicap dans le monde professionnel interroge de façon plus large l'organisation collective et concrète du travail qui reste, pour la plupart des entreprises et administrations, un impensé. Elle pose notamment la **question de la régulation collective des difficultés et de la répartition équitable et adaptée des charges de travail au sein des équipes de travail**, notamment lorsque l'organisation du travail doit être repensée ou les tâches doivent être redistribuées auprès de collègues⁶⁷.

L'encadrement direct joue un rôle capital dans le travail de composition entre les répercussions et l'incertitude que la maladie chronique fait parfois peser sur l'activité et le collectif de travail (absence imprévue, retard, manifestation d'une maladie, fatigue et restrictions médicales d'aptitude, etc.) et la prise en considération des limitations fonctionnelles de la maladie chronique sur les salariés concernés (conséquences sur leur capacité à réaliser leur travail dans les conditions habituelles)⁶⁸. Le manager de proximité peut alors traiter les aléas en

répartissant entre les autres salariés et salariées la charge de travail ou en recrutant des contrats de renfort, en constituant des postes « allégés » et/ou en temps partiel. Des compromis peuvent aussi se mettre en place (tolérance des absences ou des retards, arrangements et entraide entre collègues).

Au-delà des obligations légales, **la qualité des rapports que la hiérarchie entretient avec le salarié malade et sa capacité à faire preuve de compréhension et de soutien sera donc déterminante** dans la prise en charge concrète de la maladie chronique au travail et facilitera le retour au travail après un arrêt maladie. Dans l'enquête, 40 % des personnes malades dont les problèmes de santé sont connus de leur employeur et de leur supérieur, ne bénéficient pas du soutien et de la compréhension ni de l'un ni de l'autre. La moitié de celles-ci estiment qu'elles en auraient pourtant besoin. Les travailleurs ayant une maladie chronique déclarent par ailleurs deux fois plus souvent un sentiment d'isolement dans le cadre de leur travail que le reste de la population active (17 % contre 8 %) et sont proportionnellement plus nombreux à estimer que leur encadrant se soucie peu du bien-être de leur équipe et des collaborateurs (43 % contre 34 %).

La maladie ou le handicap génère souvent une **intense activité de régulation au sein des collectifs de travail**, par le report de charge qui peut être fait sur d'autres salariés ou par les arrangements précaires (échanges de services ou de tâches entre pairs) qui président parfois. Comme le souligne le rapport du Cese, le collectif du travail, *« même dans un environnement favorable à l'accueil de personnes souffrant de maladies chroniques, va être l'élément déterminant de la compensation des insuffisances qui seront d'autant mieux acceptées qu'elles sont temporaires ou prévisibles sur le long terme »*⁶⁹.

Cependant, **le travail et la prévention sont souvent organisés par l'employeur ou l'encadrant dans une logique individuelle, sans qu'une réflexion globale et collective soit menée et surtout, sans que les salariés soient nécessairement consultés**. Les experts de la santé et de la sécurité au travail le soulignent, *« la meilleure des préventions est de travailler sur le travail et d'associer les travailleurs à cette réflexion »*, tout en respectant évidemment le droit à la vie privée des personnes touchées par la maladie⁷⁰. Dans l'étude, moins d'un quart des répondants et répondantes, qu'ils soient malades ou non, ont souvent l'occasion d'aborder collectivement, avec les personnes de leur atelier ou service, des questions d'organisation ou de fonctionnement de leur unité de travail. De même, plus d'un tiers de la population active indique qu'elle ne serait pas consultée en cas d'absence prolongée ou répétée d'un collègue, et plus particulièrement les ouvriers, les personnes ayant un contrat court (CDD, intérim) et les salariés du privé.

Dans cette perspective, la question de la maladie chronique au travail doit être incluse au cœur du dialogue social et être abordée avec les représentants du personnel et les délégués syndicaux dans le cadre des différentes négociations (négociation annuelle obligatoire par exemple) et accords (accords QVT, accords télétravail, accord handicap, convention avec l'Agefiph ou le FIPHP, etc.).

C. L'AMBIVALENCE DES RAPPORTS AVEC LES COLLÈGUES : ENTRE SOUTIEN, INTERDÉPENDANCE, TENSIONS ET/OU STIGMATISATION

La maladie ou le handicap s'inscrivent dans le tissu des relations d'interdépendance entre collègues et peuvent se traduire par des rapports ambivalents, entre soutien, solidarité, échange de services, tensions, préjugés et/ou stigmatisation. Les situations de travail sont souvent analysées par les collègues au prisme de leurs propres valeurs éthiques (empathie, entraide, justice) et de la qualité des relations affinitaires et des équilibres tissés au fil des années⁷¹. Dans notre enquête, **la grande majorité des salariés atteints de maladie chronique, dont les problèmes de santé sont connus de certains ou de tous leurs collègues (84 % d'entre eux), ont déclaré bénéficier ainsi de la compréhension et du soutien de leurs collègues**. Par ailleurs, la moitié de la population active globale juge normal de devoir prendre en charge le travail d'un collègue pendant un arrêt maladie.

Le report de la charge de travail pendant un arrêt maladie ou la redistribution des tâches au sein d'un service lors d'un aménagement peuvent cependant susciter de fortes tensions au sein d'un service

et placent les salariés malades dans un dilemme entre volonté de préservation de leur santé et craintes vis-à-vis de leur entourage professionnel (peur d'augmenter la charge de travail des collègues, de perdre ses missions, d'être mis à l'écart, et/ou d'être confronté à des comportements stigmatisants ou hostiles). Pour 7 % des salariés malades, leurs problèmes de santé ont conduit à une redistribution de leurs tâches et missions sur leurs collègues et 8 % déclarent avoir été confrontés à un changement d'attitude de leurs collègues (stigmatisation, marginalisation, perte de confiance) du fait de l'apparition de leurs problèmes de santé.

Ainsi, par rapport au reste de la population active, les personnes atteintes de maladie chronique déclarent significativement moins fréquemment avoir de bonnes relations de travail avec leurs collègues (73 % contre 82 % pour le reste de la population active)

ou bénéficier de possibilités d'entraide et de coopération (58 % contre 65 %). Un quart des salariés qui retournent travailler malgré les préconisations du médecin du travail, le font par peur du regard de leurs collègues sur leurs absences (23 %) ou par peur de les surcharger (26 %). Comme le soulignent Huillier et Waser (2016), l'aménagement du poste ou le reclassement sur un autre poste au sein de l'entreprise peuvent également être mal perçus par l'entourage professionnel, l'invisibilité de la maladie pouvant susciter des soupçons sur sa réalité ou un déni des collègues qui attendent un « retour comme avant » la maladie⁷². Les aménagements sont généralement mieux acceptés par le collectif de travail lorsqu'ils sont rendus visibles et présentés comme la réduction d'un désavantage (et non comme une « faveur ») ou comme un « avantage mutuel »⁷³.

Les tensions s'expliquent aussi par la **persistance des préjugés** dont l'intensité et l'expression peuvent varier selon la nature de la pathologie. Environ une personne active sur 5, qu'elle soit malade ou non, déclare qu'elle serait ainsi plutôt ou très mal à l'aise si l'un ou l'une de ses collègues était affectée par un handicap mental ou psychique, une sur 10 s'il s'agissait d'une personne ayant un handicap moteur ou physique. Les maladies graves telles que le cancer et le VIH sont également fortement stigmatisées : 15 % des actifs rapportent dans l'enquête qu'ils se sentiraient mal à l'aise si l'un ou l'une de leurs collègues avait un cancer et 14 % s'il ou elle était porteur ou porteuse du VIH.

TÉMOIGNAGES

« Je travaillais auprès d'enfants de 0 à 3 ans, j'étais dans une structure de crèche, et du coup, c'était assez particulier, parce que (...) quand on fait des arrêts d'un mois, ce n'est pas possible d'être remplacée. Je travaille dans la fonction publique. Donc il n'y avait jamais de remplaçant. Mais ce n'est pas mes collègues qui m'en voulaient, elles comprenaient. Quand j'étais au travail, je travaillais, malade ou pas, je faisais exactement ce que j'avais à faire, on ne m'a jamais rien reproché. »

« À la suite d'un arrêt maladie long pour un cancer, j'ai changé d'affectation professionnelle au sein de l'administration pour laquelle je travaillais et j'ai eu de suite des jalousies (passage d'un poste en cantine à un poste administratif), je n'ai cessé d'être jalouxé et poussé à la démission par des remarques journalières, des coups bas, etc. »

« Je me suis sentie incomprise, comme si je simulais mon handicap, car c'est un handicap qui ne se voit pas. »

« C'est un handicap caché ce que j'ai. Quand je dis aux gens, j'ai deux prothèses de hanches, on me regarde en se disant « Mais elle se fout de ma gueule ou quoi ? Elle est jeune, elle ne peut pas avoir ça ! ». Les gens ont du mal. À force de travailler avec eux, ils comprennent, mais il leur faut un sacré laps de temps, alors que c'est moi qui ai été opérée et c'est moi qui en subis toujours les conséquences. »

« Le médecin du travail a refusé d'adapter ma charge de travail et, à mon retour d'arrêt maladie, mes collègues s'attendaient à ce que je fasse le même travail qu'à temps plein alors que j'étais à mi-temps thérapeutique. »

CONCLUSION

Les pouvoirs publics et l'ensemble des organisations, publiques ou privées, sont confrontés aujourd'hui à un défi majeur de santé au travail : la prise en considération des maladies chroniques, en forte augmentation, et la prévention des discriminations liées à l'état de santé ou au handicap qui peuvent y être associées.

Face à la persistance des discriminations à l'embauche que révèle cette étude et dans le prolongement des évolutions législatives prévues par la loi du 6 décembre 2021⁷⁴, la Défenseure des droits souhaite réaffirmer le principe de non-discrimination dans l'accès à l'emploi des personnes atteintes de pathologies chroniques. À cette fin, elle restera attentive aux travaux du comité interministériel d'évaluation des textes encadrant l'accès au marché du travail des personnes atteintes de maladies chroniques prévu par cette loi, et qui s'étendront jusqu'en avril 2025. L'appréciation des conditions d'aptitude doit se faire de manière individuelle, au regard de la capacité réelle à exercer les fonctions, et en prenant en considération les possibilités de traitement et de compensation de la pathologie et/ou du handicap.

Afin de favoriser le maintien dans l'emploi des personnes atteintes de maladie chronique, la Défenseure recommande également de renforcer les dispositions légales en matière de lutte contre les discriminations fondées sur l'état de santé ou le handicap. Elle invite notamment à modifier la définition de la discrimination fondée sur le handicap, prévue par la loi du 27 mai 2008⁷⁵, afin d'y inscrire l'obligation d'aménagement raisonnable dans tous les domaines et secteurs concernés, conformément aux recommandations du Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies⁷⁶.

Elle restera également mobilisée afin que soient corrigés les effets délétères de la réforme des pensions d'invalidité⁷⁷ à l'égard de certains assurés qui se trouvent, en raison de leur état de santé et de leur handicap, limités dans

leurs perspectives d'évolution dans l'emploi, voire empêchés de poursuivre leur activité professionnelle à hauteur de leur capacité de travail, ce en contradiction avec les principes et droits reconnus par la CIDPH.

La Défenseure des droits souligne également l'importance d'une bonne évaluation de la pénibilité des métiers, les maladies chroniques d'origine professionnelle touchant avant tout les ouvriers et les employés. En conséquence, elle recommande aux pouvoirs publics de mettre en œuvre une politique volontariste de prévention renforcée des emplois les plus à risque, notamment dans les secteurs employant une part importante de salariés non qualifiés. Elle invite particulièrement à revaloriser, en application du droit de la non-discrimination dont découle le principe « salaire égal pour un travail de valeur comparable », les métiers à prédominance féminine (aide à domicile, aide-soignante, infirmière, etc.) en tenant compte de leur pénibilité souvent sous-évaluée⁷⁸.

Les employeurs et employeuses ont également une responsabilité centrale dans l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes dont la santé est durablement fragilisée. Au-delà du respect des obligations légales déjà existantes, la Défenseure des droits recommande aux organisations de promouvoir une approche globale et collective de la prévention de la santé au travail et de la lutte contre les discriminations liées à l'état de santé ou au handicap.

À cette fin, la Défenseure des droits souligne tout d'abord l'importance pour chaque employeur de rendre l'obligation de formation des recruteurs instituée par la loi du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté⁷⁹ pleinement effective et d'y intégrer les enjeux liés aux maladies chroniques et aux discriminations fondées sur l'état de santé et le handicap. Cette obligation de formation devrait également faire l'objet, par les pouvoirs publics, d'un suivi et d'une évaluation afin de veiller à son effectivité. La Défenseure des droits recommande au ministère du Travail de

mieux faire connaître (circulaire, campagne d'information et de sensibilisation, etc.) auprès des acteurs concernés les modalités concrètes de la mise en œuvre de cette obligation, telles que la durée minimale de la formation, son contenu ou encore les métiers visés. Elle recommande aussi au ministère de la Transformation et de la Fonction publique de modifier le Code général de la fonction publique pour y inscrire cette obligation.

Au-delà, la Défenseure des droits recommande aux pouvoirs publics d'encourager les employeurs, privés comme publics, à mener régulièrement des campagnes internes de sensibilisation et de formation pour améliorer l'information sur les enjeux de santé et les aménagements au sein des organisations. Cette politique de prévention doit également permettre de donner aux cadres, aux services des ressources humaines, aux représentants du personnel, et à l'ensemble du personnel la capacité d'identifier des situations de discriminations à la fois pour les prévenir et pour savoir comment y faire face. Au regard des résultats de l'enquête, l'information, la sensibilisation et la formation des managers de proximité et des collègues constituent des leviers essentiels pour assurer un environnement de travail non-discriminant qui tienne compte des difficultés des personnes malades et lutter activement contre les préjugés et la stigmatisation liés à la maladie.

D'autres pistes d'actions doivent être engagées pour considérer les capacités et les ressources des individus plutôt que leurs limitations ou restrictions d'aptitudes, favoriser le dialogue et la coordination entre les acteurs du maintien dans l'emploi et les salariés dont la santé est fragilisée, mettre en place des dispositifs de recueil et de traitement des signalements de discrimination ou encore identifier les bonnes pratiques respectueuses des droits fondamentaux des personnes malades ou handicapées⁸⁰.

À cet égard, la Défenseure des droits souligne l'importance de créer des conditions favorables afin d'encourager l'expression des besoins d'aménagements par les salariés et agents souffrant d'une maladie chronique et ainsi permettre une réponse appropriée de l'employeur.

La Défenseure des droits alerte également sur la nécessité de renforcer les moyens dédiés aux acteurs clés de la prévention de la santé au travail et de la lutte contre les discriminations, afin notamment de consolider le droit au recours des salariés. Les résultats de ce baromètre soulignent le rôle capital joué par la médecine du travail, les représentants du personnel et les syndicats, les référents « handicap » et l'inspection du travail, vers qui les salariés se tournent souvent en cas de discrimination liée à l'état de santé ou au handicap. Malgré les avancées en matière de santé au travail⁸¹, la médecine du travail et l'inspection du travail n'ont toujours pas les moyens suffisants pour mener à bien leurs missions⁸² et l'obligation de désigner un référent « handicap » pour toute entreprise de plus de 250 salariés n'est pas systématiquement respectée. Il est aussi important de garantir des services de soins et de soutien à la personne reposant sur des assistants personnels formés et bénéficiant de conditions de rémunération et de travail adéquates. Si les organisations syndicales semblent engagées dans la lutte contre la désinsertion professionnelle, il apparaît également nécessaire d'accompagner au mieux les partenaires sociaux et d'outiller davantage les négociations collectives.

L'inclusion des personnes malades ou en situation de handicap dans le milieu professionnel suppose aussi de privilégier, lorsque cela est possible, une gestion collective et concrète des difficultés, respectueuse du choix personnel du salarié de révéler ou non sa maladie, et à laquelle les représentants du personnel doivent être associés.

Enfin, au-delà des enjeux de prévention, d'accompagnement et d'aménagement dans l'emploi, la Défenseure des droits recommande aux pouvoirs publics de prendre les mesures appropriées pour « *sortir de la précarité les personnes malades ou handicapées qui, en raison de leur maladie ou handicap, ne peuvent subvenir à leurs besoins, en leur garantissant un revenu d'existence adéquat pour leur permettre de participer pleinement et effectivement à la société sur la base de l'égalité avec les autres* »⁸³.

ANNEXES

ANNEXE 1

UN QUESTIONNAIRE APPROFONDI

Après avoir collecté les caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, situation professionnelle, profession, diplôme, département de résidence, etc.), le questionnaire recueille l'opinion des individus sur l'ampleur et les caractéristiques des discriminations existant en France métropolitaine.

Plusieurs parties sont ensuite consacrées à l'expérience des discriminations vécues dans l'emploi, en tant que victimes ou témoins, par les personnes enquêtées (fréquence, critère de discrimination, contexte, auteur, réactions et démarches) et aux conséquences que ces discriminations ont pu avoir sur leur santé ou parcours. Une attention particulière est portée aux propos et comportements stigmatisants survenus lors d'un entretien d'embauche ou au travail, ainsi qu'aux différentes formes de harcèlement moral et/ou discriminatoire susceptibles d'être vécues dans le cadre de l'emploi.

D'autres questions permettent d'appréhender la perception que les actifs se font de leur avenir (anticipation de potentielles discriminations futures, autocensure).

Une série de questions est ensuite posée de façon spécifique aux personnes atteintes de maladie chronique, notamment sur leur connaissance de la santé au travail et des risques professionnels, sur les conséquences de leur maladie au travail, et de façon plus générale, sur la manière dont leur médecin du travail, leur employeur, leur supérieur hiérarchique et leurs collègues ont réagi et appréhendé cette situation.

Une dernière partie permet enfin de caractériser plus finement l'appartenance des individus interrogés à certains groupes sociaux pertinents au regard des critères de discrimination retenus par la loi française (lieu de naissance et nationalité, statut professionnel, orientation sexuelle, perception des autres sur leur origine ou religion supposée, situation de santé ou de handicap, IMC, etc.).

ANNEXE 2

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES DE LA POPULATION REPRÉSENTÉE PAR L'ÉCHANTILLON (%)

Variabiles	Modalités	Actifs n'ayant pas déclaré de maladie chronique	Actifs ayant déclaré une maladie chronique	Population active globale
Genre	Femme	49 %	49 %	49 %
	Homme	51 %	51 %	51 %
	Autre	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Classe d'âge	16 - 34 ans	34 %	32 %	33 %
	35 - 49 ans	39 %	37 %	39 %
	50 - 64 ans	27 %	31 %	28 %
Lieu de naissance	France	82 %	78 %	80 %
	Étranger	16 %	21 %	19 %
Origine perçue	Blanc	85 %	83 %	84 %
	Non-blanc	11 %	15 %	13 %
Orientation sexuelle	Hétérosexuel	89 %	88 %	88 %
	Non hétérosexuel	7 %	10 %	9 %
Situation professionnelle	Salarié	87 %	84 %	86 %
	Indépendant	4 %	4 %	4 %
	En recherche d'emploi	8 %	7 %	7 %
	En incapacité	1 %	5 %	3 %
Catégorie socioprofessionnelle	Agriculteurs exploitants	1 %	1 %	1 %
	Professions indépendantes	6 %	7 %	6 %
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	17 %	17 %	17 %
	Professions intermédiaires	27 %	24 %	26 %
	Employés	24 %	34 %	29 %
	Ouvriers	25 %	17 %	21 %
Secteur	Privé	45 %	45 %	45 %
	Public	50 %	50 %	50 %
	Indépendant	5 %	5 %	5 %

Note : ces pourcentages ne tiennent pas compte des modalités « Je ne sais pas » et « Je refuse de répondre », ce qui explique que les sous-totaux ne soient pas nécessairement égaux à 100 %.

Champ : actifs âgés de 16 à 64 ans et résidant en France métropolitaine (N = 3 000). Pour la catégorie socioprofessionnelle et le secteur, les actifs âgés de 16 à 64 ans, résidant en France métropolitaine, qui travaillent ou qui ont déjà travaillé (N = 2 948).

ANNEXE 3**PREMIER MODÈLE DE RÉGRESSION LOGISTIQUE**

Afin d'analyser l'effet propre de différentes caractéristiques individuelles sur la probabilité d'avoir été exposé au moins une fois à une discrimination ou un harcèlement discriminatoire en raison de l'état de santé et/ou du handicap dans le cadre de la recherche d'emploi ou des activités professionnelles, on effectue une régression logistique selon le genre, la tranche d'âge, la catégorie socioprofessionnelle, la pénibilité du métier, l'état de santé général, l'indice de masse corporelle (IMC), le caractère visible des problèmes de santé et le fait d'avoir une reconnaissance administrative du handicap ou de la perte d'autonomie, parmi la population des actifs ayant une maladie chronique.

L'IMC est calculé à partir du poids et de la taille des répondants. 14 % des personnes interrogées n'ayant pas renseigné ces informations, on intègre dans le modèle une modalité de non-réponse. La modalité CSP+ regroupe les professions indépendantes, les cadres et professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires et la modalité CSP- regroupe les agriculteurs exploitants, les employés et les ouvriers.

Le modèle de régression logistique intègre un score de pénibilité des conditions de travail qui correspond au nombre de modalités cochées parmi les suivantes :

- Travailler en horaires atypiques (travail de nuit) ou changeants/alternants (roulements 3x8) ;
- Rester longtemps debout ou dans une posture pénible ou fatigante à la longue ;
- Effectuer un travail répétitif sous contraintes de temps ou un travail à la chaîne ;
- Effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents ;
- Porter ou déplacer des charges lourdes ;
- Travailler sous pression ;
- Travailler dans des conditions difficiles (bruit, humidité, température excessive, vibration, secousse...) ;
- Être exposé à des produits nocifs ou toxiques (poussières, fumées, microbes, agents infectieux, produits chimiques...) ;
- Être en contact avec du public (clients, usagers, patients, élèves, parents...).

Tableau : modèle de régression logistique du fait d'avoir vécu une discrimination ou un harcèlement discriminatoire en raison de l'état de santé et/ou du handicap dans le cadre de la recherche d'emploi ou des activités professionnelles

	Odds ratio	P
Tranche d'âge = 16-34 ans	1,5	0,033 **
Tranche d'âge = 35-49 ans	1 (référence)	
Tranche d'âge = 50-64 ans	0,9	0,669
Genre = homme	1 (référence)	
Genre = femme	0,7	0,016 **
Catégorie socioprofessionnelle = CSP+	1 (référence)	
Catégorie socioprofessionnelle = CSP-	1,1	0,465
Score de pénibilité = 0	1 (référence)	
Score de pénibilité = 1 ou 2	1,4	0,172
Score de pénibilité = 3 ou plus	1,9	0,018 **
État de santé général = très bon / bon	1 (référence)	
État de santé général = moyen	1,5	0,019 **
État de santé général = mauvais / très mauvais	2,2	0,001 ***
IMC = maigre	1,4	0,293
IMC = corpulence normale / surpoids	1 (référence)	
IMC = obésité	1,5	0,050 **
IMC = ne sait pas / refuse de répondre	1,5	0,096 *
Problème de santé visible sur le lieu de travail = oui	2,1	0,000 ***
Problème de santé visible sur le lieu de travail = non	1 (référence)	
Reconnaissance administrative d'un handicap, d'une perte d'autonomie = oui	3,7	0,000 ***
Reconnaissance administrative d'un handicap, d'une perte d'autonomie = non	1 (référence)	
Constante	0,02	0,000 ***

P-valeur : <0,01 *** ; <0,05 ** ; <0,1 *.

Note : toutes choses égales par ailleurs, les actifs ayant une maladie chronique et dont les problèmes sont (ont été) visibles sur le lieu de travail sont deux fois plus susceptibles d'avoir vécu une discrimination ou un harcèlement discriminatoire en raison de l'état de santé et/ou du handicap dans le cadre de la recherche d'emploi ou des activités professionnelles que les actifs ayant une maladie chronique dont les problèmes ne sont pas (n'étaient pas) visibles sur le lieu de travail.

Champ : actifs âgés de 16 à 64 ans, résidant en France métropolitaine, ayant une maladie chronique et ayant répondu aux questions du modèle (N = 1 758).

ANNEXE 4

SECOND MODÈLE DE RÉGRESSION LOGISTIQUE

Parmi les actifs ayant une maladie chronique, certains bénéficient (ont bénéficié) d'un aménagement ou d'une adaptation de leurs conditions de travail en raison de leurs problèmes de santé, certains n'en bénéficient pas (n'en ont pas bénéficié), mais estiment en avoir (eu) besoin, et enfin, certains n'en bénéficient pas (n'en ont pas bénéficié) et n'en ont pas (eu) besoin. On cherche à déterminer les facteurs associés au fait de ne pas bénéficier (avoir bénéficié) d'un aménagement ou d'une adaptation des conditions de travail alors que la personne estime en avoir besoin par rapport au fait d'en bénéficier (avoir bénéficié).

Tableau : facteurs associés au fait de ne pas bénéficier (avoir bénéficié) d'un aménagement ou d'une adaptation des conditions de travail en raison des problèmes de santé, alors qu'on en a (aurait eu) besoin

	Odds ratio	P
Tranche d'âge = 16-34 ans	0,5	0,000 ***
Tranche d'âge = 35-49 ans	1 (référence)	
Tranche d'âge = 50-64 ans	0,9	0,721
Genre = homme	1 (référence)	
Genre = femme	0,9	0,660
Situation financière = à l'aise / ça va	1 (référence)	
Situation financière = c'est juste / y arriver difficilement / ne pas y arriver sans faire de dettes	2,3	0,000 ***
Score de pénibilité = 0	1 (référence)	
Score de pénibilité = 1 ou 2	2,3	0,002 ***
Score de pénibilité = 3 ou plus	2,5	0,001 ***
Ancienneté dans l'emploi = 0-5 ans	1,6	0,027 **
Ancienneté dans l'emploi = 6-15 ans	1 (référence)	
Ancienneté dans l'emploi = 16 ans et plus	1,0	0,887
Taille de l'entreprise = 1-19 salariés / agents	1,5	0,104
Taille de l'entreprise = 20-199 salariés / agents	1,5	0,041 **
Taille de l'entreprise = 200 salariés / agents et plus	1 (référence)	
Taille de l'entreprise = ne sait pas / refuse de répondre / hors champ	0,7	0,291
Problèmes de santé connus du médecin = oui	1 (référence)	
Problèmes de santé connus du médecin = non	2,6	0,000 ***
Problèmes de santé connus du médecin = ne sait pas / refuse de répondre / non concerné / ces problèmes n'existaient pas	2,4	0,005 ***
Problème de santé visible sur le lieu de travail = oui	1 (référence)	
Problème de santé visible sur le lieu de travail = non	1,5	0,016 **
Reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie = oui	1 (référence)	
Reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie = non	2,2	0,000 ***
Constante	0,1	0,000 ***

P-valeur : <0,01 *** ; <0,05 ** ; <0,1 *.

Note : toutes choses égales par ailleurs, les salariés ayant une maladie chronique qui déclarent des difficultés financières sont deux fois plus susceptibles que ceux qui déclarent être à l'aise financièrement de ne pas bénéficier (avoir bénéficié) d'aménagements ou d'adaptations de leurs conditions de travail alors qu'ils en auraient (eu) besoin.

Champ : salariés âgés de 16 à 64 ans, résidant en France métropolitaine, ayant une maladie chronique, qui bénéficient d'un aménagement ou d'une adaptation des conditions de travail ou qui n'en bénéficient pas, mais estiment en avoir besoin, et ayant répondu aux questions du modèle (N = 782).

NOTES

- ¹ En France, 36 % de l'ensemble de la population déclare avoir une maladie ou un problème de santé, chronique ou de caractère durable, 22 % déclare être touchée par une maladie chronique évolutive et 15 % se déclare limitée dans les activités ordinaires à cause d'un problème de santé. Par ailleurs, 5,9 millions de personnes en âge de travailler déclarent être en situation de handicap (personnes déclarant avoir au moins un problème de santé durable — depuis au moins six mois — accompagné de difficultés dans les tâches quotidiennes). Voir : ANACT, *Prévenir la désinsertion professionnelle*, Cahiers de l'Anact, n° 1, 2022, p. 5.
- ² ANACT, *Les maladies évolutives et les cancers au travail*, Guide, 10 questions sur..., 2017, p. 2.
- ³ CHASSANG Michel, GAUTIER Anne, *Les maladies chroniques*, Les avis du Cese, 2019, p. 10.
- ⁴ World Health Organization, *Global status report on noncommunicable diseases*, 2014.
- ⁵ Si le cancer est considéré comme une maladie chronique, l'Anact souligne toutefois que, s'il partage de nombreuses caractéristiques avec les autres maladies chroniques, « l'impact psychologique sur le patient et sa sphère personnelle et professionnelle ainsi que le caractère aigu et parfois mortel de la maladie en font une pathologie à part ». Voir : ANACT, *Les maladies évolutives et les cancers au travail*, Guide, 10 questions sur..., 2017, p. 2.
- ⁶ HUILLIER Dominique, WASER Anne-Marie, *Que font les dix millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique*, édition Érès, Toulouse, 2016, p. 9.
- ⁷ CHASSANG Michel, GAUTIER Anne, *op. cit.*, p. 13.
- ⁸ Le dispositif ALD permet la prise en charge par l'Assurance maladie de pathologies nécessitant un traitement long et coûteux. En 2021, le dispositif ALD prend en charge 12 millions de personnes souffrant d'une maladie chronique et ne couvre donc pas l'intégralité des pathologies chroniques. Voir : Drees, « Mieux connaître et évaluer la prise en charge des maladies chroniques : lancement de l'enquête PaRIS en septembre 2023 », Communiqué de presse, 11 juin 2023.
- ⁹ CHASSANG Michel, GAUTIER Anne, *op. cit.*, p. 15.
- ¹⁰ Inspirée de la classification internationale du handicap, cette loi étend ainsi la notion de handicap à de nouvelles catégories de personnes, dont celles touchées par des maladies chroniques (somatiques ou psychiques).
- ¹¹ Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail.
- ¹² CJUE, 11 avril 2013, affaire C-335/11, Ring.
- ¹³ Selon l'article L. 5213-1 du Code du travail : « Est considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique ». La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) est une décision administrative de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), qui permet aux personnes en situation de handicap de bénéficier de droits spécifiques au titre, notamment, de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, d'accès à la fonction publique par un recrutement contractuel spécifique, des aides de l'Agefiph et du Fiphfp.
- ¹⁴ HUILLIER Dominique, WASER Anne-Marie, *op. cit.*, 2016, p. 9.
- ¹⁵ INSEE, DARES, *Emploi, chômage, revenus du travail*, Insee Références, édition 2022, pp. 140-141.
- ¹⁶ Les entreprises et administrations d'au moins 20 salariés ont une obligation d'emploi des personnes en situation de handicap fixée à 6 % de l'effectif total (5 % à Mayotte), ce pourcentage devant être réévalué tous les cinq ans. L'évolution progressive du cadre légal a étendu cette obligation à la fonction publique et à de nouvelles catégories de personnes handicapées, dont les titulaires de la carte d'invalidité et les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés. Les bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) inscrite à l'article L. 5212-13 du Code du travail sont les travailleurs reconnus handicapés (RQTH) par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ; les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (AT-MP) ayant entraîné une incapacité permanente (IPP) au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ; les titulaires d'une pension d'invalidité à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ; les anciens militaires titulaires d'une pension militaire d'invalidité ; les sapeurs-pompiers volontaires bénéficiaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité ; les détenteurs de la carte mobilité inclusion (CMI) mention « Invalidité » et les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).
- ¹⁷ HUILLIER Dominique, WASER Anne-Marie, *op. cit.*, p. 10.
- ¹⁸ *Ibid.*
- ¹⁹ CHASSANG Michel, GAUTIER Anne, *Les maladies chroniques*, Les avis du Cese, 2019, p. 33.
- ²⁰ EUROSTAT, *European Health Interview Survey (EHIS wave 2) - Methodological manual. Methodologies and working papers. 2013 edition*, 2013, pp. 13-18.
- ²¹ ANACT, *Prévenir la désinsertion professionnelle*, Cahiers de l'Anact, n° 1, 2022, p. 5.
- ²² Développée dans les travaux de la sociologie interactionniste américaine, cette approche permet

de déconstruire les représentations déficitaires ou invalidantes de la maladie chronique et de mettre en évidence l'importance des régulations, des compromis et des interactions entre les individus concernés et leur entourage professionnel.

- ²³ Loi du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations.
- ²⁴ Articles 2, 5 et 27 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH).
- ²⁵ Articles 1^{er}, 2 et 5 de la Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail transposés à l'article L. 5213-6 du Code du travail et à l'article L. 131-8 du Code général de la fonction publique.
- ²⁶ Pour plus de précisions voir : DÉFENSEUR DES DROITS, *Emploi des personnes en situation de handicap et aménagement raisonnable*, Guide, 2017 ; AGEFIPH, *Aménagement raisonnable. Mettre en œuvre l'égalité de traitement à chaque étape*, Les cahiers de l'Agefiph, 2023, n° 5.
- ²⁷ DÉFENSEUR DES DROITS, *L'emploi des femmes en situation de handicap*, 2016, p. 20 ; BOUDINET Mathéa, REVILLARD Anne, *La précarité professionnelle des femmes handicapées*, 2021, revue de littérature 33, p. 13 ; AGEFIPH, *Femmes, emploi et handicap. État des lieux et perspectives*, 2022, p. 4.
- ²⁸ REVILLARD Anne (coord.), *Synthèse du rapport Handicap, genre et précarité professionnelle : parcours biographiques et réception à l'action publique*, 2022, p. 5. Cet écart semble cependant s'être récemment réduit, voir : INSEE, DARES, *Emploi, Chômage, Revenus du travail*, édition 2023.
- ²⁹ DÉFENSEUR DES DROITS, *L'emploi des femmes en situation de handicap*, 2016, p. 20 ; BOUDINET Mathéa, REVILLARD Anne, *La précarité professionnelle des femmes handicapées*, 2021, revue de littérature 33, p. 13 ; AGEFIPH, *Femmes, emploi et handicap. État des lieux et perspectives*, 2022, p. 4.
- ³⁰ COURTIAL Patricia, *La maladie chronique à l'épreuve de l'entreprise : une réalité et un enjeu pour demain*, Regards, n° 51, 2017, p. 181 ; PORTSMOUTH Katherine, *Révéler sa maladie au travail : pourquoi, comment et avec quels effets ?*, Nouvelle revue de psychosociologie, 2016, n° 21, p. 171.
- ³¹ Les travailleurs en situation de handicap ont la possibilité, sous certaines conditions, de prendre leur retraite anticipée à taux plein à partir de 55 ans (article L. 351-1-3 du Code de la sécurité sociale).
- ³² LÉON Christophe, Du ROSCOAT Enguerrand, BECK François, *Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans, résultats du Baromètre Santé 2021*, BEH, 14 février 2023, n° 2, p. 28.
- ³³ DÉFENSEUR DES DROITS / OIT, *15e baromètre des discriminations dans l'emploi*, 2022, p. 14.
- ³⁴ DÉFENSEUR DES DROITS, *Décision 2022-069 du 4 avril 2022* relative au caractère discriminatoire des saisines répétées du comité médical et des propositions régulières de reclassement faites à un agent hospitalier apte à l'exercice de ses fonctions sur un poste aménagé.
- ³⁵ DÉFENSEUR DES DROITS, *Avis 23-05 du 6 juillet 2023* relatif au projet de loi pour le plein emploi.
- ³⁶ AGEFIPH, *Comment aborder la RQTH ?*, Fiche pratique, 2021.
- ³⁷ Affiche de sensibilisation aux maladies chroniques, *Encore à temps partiel ?*, Agefiph, mai 2021.
- ³⁸ Voir notamment DÉFENSEUR DES DROITS, *Décision 2021-092 du 15 avril 2021* relative au refus d'agrément de la demande d'engagement à servir au sein de la réserve opérationnelle de la gendarmerie nationale d'une personne atteinte d'un diabète de type 2 non insulino-dépendant ; DÉFENSEUR DES DROITS, *Décision 2023-116 du 26 mai 2023* relative aux réglementations qui déterminent l'aptitude à servir dans les emplois de l'armée, de la gendarmerie nationale et des sapeurs-pompier constitutives d'une discrimination en raison de l'état de santé et du handicap en ce qu'elles excluent les personnes atteintes du VIH ; DÉFENSEUR DES DROITS, *Avis n° 20-02* relatif à la proposition de loi n° 1432 visant l'ouverture du marché du travail aux personnes atteintes de diabète.
- ³⁹ Loi n° 2021-1575 du 6 décembre 2021 relative aux restrictions d'accès à certaines professions en raison de l'état de santé.
- ⁴⁰ OBSERVATOIRE DES INÉGALITÉS, *Rapport sur les inégalités en France*, 2023, p. 93.
- ⁴¹ *Ibid.*
- ⁴² Voir notamment : HUILLIER Dominique, WASER Anne-Marie, *op. cit.*, p. 157.
- ⁴³ PORTSMOUTH Katherine, *Révéler sa maladie au travail : pourquoi, comment et avec quels effets ?*, *op. cit.*, p. 171.
- ⁴⁴ HUILLIER Dominique, WASER Anne-Marie, *op. cit.*, p. 95.
- ⁴⁵ LEVESQUE-LACASSE Alexandra, CORMIER Stéphanie, *La stigmatisation de la douleur chronique : un survol théorique et empirique*, Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement, vol. 21, Issue 3, juin 2020, pp. 109-116.
- ⁴⁶ HITTINGER-LEGROS Marie-Claude, OBRECHT Olivier, *Maladies chroniques et travail : au-delà des idées reçues*, éditions Presses de Sciences Po, 2010.
- ⁴⁷ DÉFENSEUR DES DROITS, *Décision 2021-266 du 22 octobre 2021* relative au rejet de la candidature à un emploi public motivé par les absences pour raisons de santé de la candidate.
- ⁴⁸ PORTSMOUTH Katherine, *op. cit.*, p. 172.
- ⁴⁹ GILLET Anne, *Quand survient la maladie chronique ou le handicap... Risques, formations et apprentissages au travail*, Éducation Permanente 2020/3 (n° 224), pp. 19-28.
- ⁵⁰ DÉFENSEUR DES DROITS, *Règlement amiable RA-2021-078 du 23 décembre 2021* relative à une discrimination supposée en raison de l'état de santé et du handicap d'une infirmière.
- ⁵¹ HUILLIER Dominique, WASER Anne-Marie, *op. cit.*, p. 310.
- ⁵² PORTSMOUTH Katherine, *Révéler sa maladie au travail : pourquoi, comment et avec quels effets ?*, Nouvelle revue de psychosociologie, 2016, n° 21, p. 171.

- ⁵³ Article 23 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.
- ⁵⁴ Article 3 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité au travail.
- ⁵⁵ IGAS, *Évaluation des services de santé au travail inter-entreprises*, Rapport, février 2020 ; COHEN Laurence, JACQUEMET Annick, RICHER Marie-Pierre et ROSSIGNOL Laurence, *Rapport d'information au Sénat fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la santé des femmes au travail*, 2023, p. 147.
- ⁵⁶ Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention de la santé au travail. Voir également : MEDEF, *Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021. Guide pratique et d'information à destination des chefs d'entreprise, des fédérations professionnelles et des administrateurs MEDEF siégeant dans les services de santé au travail*, 2021.
- ⁵⁷ COHEN Laurence, JACQUEMET Annick, RICHER Marie-Pierre et ROSSIGNOL Laurence, *Rapport d'information au Sénat fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la santé des femmes au travail*, 2023, p. 10.
- ⁵⁸ CHASSANG Michel, GAUTIER Anne, *Les maladies chroniques*, Les avis du Cese, 2019, p. 59.
- ⁵⁹ *Ibid.*
- ⁶⁰ *Ibid.*, p. 33.
- ⁶¹ Notamment dans le cadre des conventions de rééducation professionnelle (CRPE) et des essais encadrés. La convention de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE), mise en place à l'issue de l'arrêt de travail, est un outil de formation pour faciliter le retour à l'emploi des salariés, déclarés inaptes ou en risque d'inaptitude lors d'une visite de pré-reprise, dans leur entreprise d'origine ou une autre entreprise.
- ⁶² C. trav., art. L. 4624-1 ; Cass. Soc., 19 déc. 2007, n° 06-43.918 ; Cass. Soc., 23 sept. 2009, n° 08-42.629.
- ⁶³ Cass. Soc., 28 janv. 2010, n° 08-42.616.
- ⁶⁴ ANACT, *Prévenir la désinsertion professionnelle*, Cahiers de l'Anact, 2022, n° 1, p. 3.
- ⁶⁵ COURTIAL Patricia, *La maladie chronique à l'épreuve de l'entreprise : une réalité et un enjeu pour demain*, Regards, 2017, n° 51, p. 182.
- ⁶⁶ DÉFENSEUR DES DROITS, *Décision 2021-257* du 29 septembre 2021 relative au licenciement discriminatoire d'une salariée en raison de son handicap et de son état de santé.
- ⁶⁷ ANACT, *Travailler avec une maladie chronique évolutive*, Travail et changement, 2015, n° 360, p. 3. Voir également : Voir également : MEDEF, *Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021. Guide pratique et d'information à destination des chefs d'entreprise, des fédérations professionnelles et des administrateurs MEDEF siégeant dans les services de santé au travail*, 2021.
- ⁶⁸ HUILLIER Dominique, WASER Anne-Marie, *Que font les dix millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique*, édition Érès, Toulouse, 2016, p. 203.
- ⁶⁹ CHASSANG Michel, GAUTIER Anne, *Les maladies chroniques*, Les avis du Cese, 2019, p. 34.
- ⁷⁰ ROSSIGNOL Sylvain, expert en santé et sécurité au travail, podcast « Grand Bien vous fasse ! » de France Inter, *Comment améliorer son bien-être et sa santé au travail ?*, 6 février 2023.
- ⁷¹ GILLET Anne, *Quand survient la maladie chronique ou le handicap... Risques, formations et apprentissages au travail*, op. cit., p. 23.
- ⁷² HUILLIER Dominique, WASER Anne-Marie, op. cit., p. 152.
- ⁷³ PORTSMOUTH Katherine, op. cit., p. 171.
- ⁷⁴ Loi n° 2021-1575 du 6 décembre 2021 relative aux restrictions d'accès à certaines professions en raison de l'état de santé.
- ⁷⁵ Loi n° 2008-96 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation du droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations.
- ⁷⁶ Observations finales concernant le rapport initial de la France sur la mise en œuvre de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, adoptées par le Comité des droits des personnes handicapées (CRPD) à sa vingt-cinquième session, paragraphe 12 b, 2021.
- ⁷⁷ Introduites par le décret n° 2022-257 du 23 février relatif au cumul de la pension d'invalidité avec d'autres revenus et modifiant diverses dispositions relatives aux pensions d'invalidité.
- ⁷⁸ DÉFENSEUR DES DROITS, *Un salaire égal pour un travail de valeur égale : Pour une évaluation non discriminante des emplois à prédominance féminine*, 2015. Voir aussi : COHEN Laurence, JACQUEMET Annick, RICHER Marie-Pierre et ROSSIGNOL Laurence, *Rapport d'information au Sénat fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la santé des femmes au travail*, 2023, p. 10.
- ⁷⁹ DÉFENSEUR DES DROITS, *Consultation citoyenne sur les discriminations : Recommandations et propositions*, 2021.
- ⁸⁰ DÉFENSEUR DES DROITS, *Rapport parallèle du Défenseur des droits dans le cadre de l'examen du rapport initial de la France sur la mise en œuvre de la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées*, 2021, p. 29.
- ⁸¹ LECOQUE Charlotte, DUPUIS Bruno, FOREST Henri, *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, 2018.
- ⁸² COHEN Laurence, JACQUEMET Annick, RICHER Marie-Pierre et ROSSIGNOL Laurence, *Rapport d'information au Sénat fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la santé des femmes au travail*, 2023, p. 147.
- ⁸³ DÉFENSEUR DES DROITS, *Rapport parallèle du Défenseur des droits dans le cadre de l'examen du rapport initial de la France sur la mise en œuvre de la convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées*, 2021, p. 30.

—
Défenseur des droits

TSA 90716 - 75334 Paris Cedex 07

09 69 39 00 00
—

defenseurdesdroits.fr



D
Défenseurdesdroits
— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —