





Master 2 Situations de handicap et participation sociale

Promotion: 2020-2021

Les blessés de la gendarmerie Pistes d'action pour une participation sociale réinventée

Remerciements

Se livrer à cet exercice des remerciements peut paraître d'une banalité assez convenue. Pourtant, évoquer dans ce mémoire la place du handicap dans les armées, spécialement la gendarmerie, et interroger la participation sociale des blessés sont des exercices qui n'allaient pas de soi.

L'extraordinaire conjonction favorable conduisant à ces travaux ne doit cependant rien au hasard mais à l'engagement, à la disponibilité et à la bienveillance de personnes qui bénéficient de ma sincère gratitude :

Le général de corps d'armée Armando De Oliveira, pour m'avoir fait confiance et confié cette mission si noble, et attendue, au sein de la gendarmerie nationale, et permis de m'engager au sein de cette formation à l'EHESP.

Le général de brigade Christophe Dubuis, mon tuteur de stage, qui sait être pour moi bien plus qu'un tuteur depuis que nos routes se sont croisées.

Madame Emmanuelle Fillion, enseignante-chercheuse et membre de l'équipe pédagogique du M2, ma directrice de mémoire, pour son intérêt pour ce sujet hors des sentiers battus, ses conseils et son soutien qui ont toujours été précieux et pertinents!

Cyril Neveu, pour m'avoir épaulé lors de l'enquête auprès des blessés.

Mes camarades de la promotion SHPS de l'EHESP, pour les échanges et la richesse de la vie de promotion, avec une mention toute particulière pour mon groupe d'atelier mémoire et Anne-Laure Fontaine, pour ses références allemandes.

J'ai une pensée toute particulière pour les membres de ma famille. Pour Xavier, qui m'emmène depuis 14 ans loin dans des terres qui m'étaient inconnues. A ses frères et sœurs qui partagent leur papa avec le handicap. A Catherine : chaque investissement professionnel ou universitaire n'est possible que parce qu'elle est présente, dans son rôle d'aidante et de maman, auprès de Xavier et de la fratrie. Elle est l'exemple de ces bataillons inconnus et non reconnus d'aidants, invisibles aux yeux de la société, sur qui on fait tout reposer sans penser à leur propre accomplissement personnel et à leur... participation sociale.

Enfin, je souhaiterais rendre hommage à tous les blessés de la gendarmerie. A ceux qui m'ont fait confiance dans cette recherche, dont les parcours et la volonté honorent l'institution, et plus globalement à toutes celles et tous ceux qui, aujourd'hui, hier et

demain, ont rencontré un obstacle au cours de leur service de la Nation : vos exemples nous éclairent, vos sacrifices nous obligent.	}

Sommaire

Table des matières

Introduction	1
1 Handicap et armées : malgré une riche histoire commune, un tabou obstacle majeu	r à la
participation sociale des blessés	8
1.1 La Première Guerre mondiale, ère de rupture pour le handicap	8
1.1.1 La « production de masse » de blessés de guerre, vecteur de modernis	ation
majeure pour la médecine	9
1.1.2 La transition entre l'ère de la charité et l'ère biomédicale	10
1.1.3 Les prolégomènes d'une politique publique du handicap	11
A) La politique à destination des blessés de guerre	11
B) Tensions et interactions avec les autres formes « d'accidents du travail »	13
C) L'impact sur la création d'un système de santé publique	13
1.1.4 Impacts sur les phénomènes d'auto-représentation	14
1.1.5 De l'aptitude médicale au cours du premier conflit mondial	14
1.2 Handicap et armées un siècle plus tard : des représentations figées limita	nt la
participation sociale des blessés ?	15
1.2.1 Une conception toujours biomédicale ancrant une représentation déficitain	re du
blessé	15
A) L'avènement des conceptions environnementalistes	15
B) L'ère sociale du handicap	16
C) Conséquences sur la conception de l'aptitude	19
1.2.2 Les normes d'aptitude médicale	21
A) Enjeux	21
B) Tensions entre blocs juridiques nationaux et supra-nationaux	22
C) Perception	32
D) Pistes d'évolution	38
2 Améliorer la participation sociale des blessés par une meilleure prise en compte	des
besoins	39
2.1 Présentation du projet	39
2.1.1 Objectifs	39
2.1.2 Acteurs et fonctionnement actuels de l'accompagnement des blessés	40
2.2 Enquête	43
2.2.1 Méthodologie	43
A) Données disponibles :	43

B) Méthodologie générale :	45
C) Quelle place pour les personnes concernées ?	46
D) Échantillonnage	47
2.2.2 Résultats	49
A) La famille, un rôle central trop souvent négligé	49
B) Parcours de soin et parcours médico-statutaire : équilibre et confiance	50
C) Du soutien institutionnel, des pairs et de la hiérarchie	55
D) Le reclassement et la reprise d'activité	57
E) Parcours administratif indemnitaire	61
F) Du handicap	62
2.2.3 Conclusions	63
A) Une organisation qui ne permet pas d'atteindre les effets attendus	63
B) Un parcours reposant essentiellement sur les intéressés	64
C) L'importance d'un contact de confiance de proximité	64
D) Une famille à accompagner	64
E) Un préalable incontournable : une évaluation 360° des besoins	65
F) Des normes productrices d'inaptitude	65
G) Médecin-blessé : une alliance à conforter	66
H) Blessé et liminalité : bascule dans une nouvelle vie	67
I) Des capacités à valoriser	68
J) Un acteur à créer : l'emploi accompagné	68
3 Pistes d'action	69
3.1 La nécessaire évolution réglementaire	69
3.1.1 Option basse: incorporer la compensation et l'environnement	dans
l'évaluation de l'aptitude	70
3.1.2 Option haute : vers un changement de modèle	71
3.2 De la participation des blessés	71
3.3 Structuration d'un soutien individualisé	72
3.3.1 Entrer dans une logique évaluative	72
3.3.2 Le projet de vie	73
3.3.3 Un accompagnateur de confiance : le blessé senior	74
3.3.4 Développer une capacité d'accompagnement à la réinsertion	75
3.4 Des aménagements raisonnables en gendarmerie	76
3.5 Mieux connaître pour agir	79
3.6 De l'information et des traitements administratifs	80
Conclusion	81

Liste des sigles utilisés

- APF : APF France Handicap (ex-Association des Paralysés de France)
- AS : Assistant Social
- BAP : Bureau de l'Accompagnement du Personnel
- BC : Bureau des Compétences
- BGP : Bureau de Gestion du Personnel
- BPO : Bureau du Personnel Officier
- CABGN : Cellule d'Aide aux Blessés de la Gendarmerie Nationale
- CC1 (*2 et *3): Conseiller concertation de premier niveau
- CCPM : Contrôle de la Condition Physique du Militaire
- CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
- CDR : Commandant De Région
- CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme
- CFMG : Conseil de la Fonction Militaire Gendarmerie
- CGGD : Commandant de Groupement de Gendarmerie Départementale
- CIDPH: Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées
- CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé
- CIH: Classification Internationale du Handicap
- CJUE : Cour de Justice de l'Union Européenne
- CLDM : Congé de Longue Durée pour Maladie
- CLM : Congé de Longue Maladie
- CNMSS : Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale
- COR: Centre d'Orientation et de Reconversion
- COTOREP: COmmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel
- CTM : Conseiller Technique Montagne
- DAPIAS : Déclaration d'Affection Présumée Imputable Au Service
- DGGN : Direction Générale de la Gendarmerie Nationale
- EOGN : École des Officiers de la Gendarmerie Nationale
- FIPHFP: Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
- FNATH: Association des Accidentés de la Vie (ex-Fédération Nationale des accidentés du travail et des handicapés)
- GEVA: Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
- GPEEC : Gestion Prévisionnelle des Effectifs, des Emplois et des Compétences

- HIA: Hôpital d'Instruction des Armées
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- LADAPT : Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées
- LCNAS : Logement Concédé par Nécessité Absolue de Service
- MAH: Mission Accompagnement du Handicap
- MDH-PPH: Modèle de Développement Humain Processus de Production du Handicap
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- MHAVIE : Mesure des Habitudes de Vie
- OETH : Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONU : Organisation des Nations-Unies
- OPEX : Opérations Extérieures
- PMI : Pension Militaire d'Invalidité
- RIPPH : Réseau International sur le Processus de Production du Handicap
- RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
- RSE : Responsabilité Sociétale des Entreprises
- SIRH : Système d'Information Ressources Humaines
- SSA : Service de Santé des Armées
- VMP : Visite Médicale Périodique

Introduction

Handicap et institutions militaires : la juxtaposition de ces deux univers heurte au premier abord, autant qu'elle interroge. Il est peu de choses que d'affirmer l'ampleur du tabou autour du handicap au sein des armées, spécialement dans l'accompagnement des blessés. Cette sémantique est généralement inusitée, y compris par les blessés euxmêmes. Pourtant, si cet accompagnement existe et répond à un besoin, c'est bien avant tout pour s'investir auprès des situations séquellaires, temporaires ou définitives, des situations générant par définition des situations de handicap au sens de la législation ad hoc.

Cet évitement, qui pourra être débattu, en dit long sur la psychologie de l'institution militaire, d'une part avec approche défective du handicap et une certaine mythologie autour du corps parfait du guerrier, dans une acception souvent essentiellement viriliste, d'autre part avec une approche très réparatrice associée à la notion de dette sociale à l'égard du blessé, tournée donc avant tout vers la condition matérielle et financière du blessé.

Au-delà de ces représentations, il est intéressant de noter que ces deux univers se repoussent autant qu'ils s'attirent, et que si, en 2021, leurs positions sont assez éloignées, leurs destins n'en demeurent pas moins historiquement intimement liés.

Ainsi, les conflits majeurs, tout spécialement la Première Guerre mondiale, ont-ils été des périodes d'avancées décisives dans la médecine, la prise en charge des blessés de guerre, mais également la construction des premières ébauches de politiques publiques dans les domaines de la santé, du handicap et la construction de l'État providence. Pour autant, si les armées ont largement contribué à porter ces politiques sur les fonds baptismaux, et ainsi à changer radicalement la prise en compte des personnes handicapées en France en particulier, force est de constater que l'approche du handicap dans sa conception comme dans les politiques publiques a radicalement évolué depuis les années 1960. Dans le même temps, son acception dans les armées, notamment à travers les normes médicales d'aptitude, restait sensiblement figée, créant un décalage conceptuel notable.

Le retour d'opérations militaires plus particulièrement susceptibles de « produire » des blessés de guerre, à travers les opérations extérieures (OPEX) et plus significativement depuis les années 1990, a généré une attention de plus en plus soutenue à l'accompagnement consenti aux blessés, tant des institutions militaires que de la part des autorités politiques, parfois sous la pression sociale générée par la médiatisation des pertes subies lors des engagements. C'est ainsi que les différentes armées ont progressivement mis en place des cellules d'aide aux blessés¹ dont les organisations, personnels soutenus et fonctionnements peuvent toutefois comporter des particularités propres à la culture et à l'histoire de chaque armée, force armée ou des différents services communs soutenus.

S'agissant de la gendarmerie nationale, le volume de personnels blessés annuellement, s'il est en constante progression, reste compris sur la période 2014-2020 entre 6400 et 8230 personnels. Ces derniers relèvent cependant de réalités très différentes sur tout le spectre entre une rémission quasi-instantanée et l'absence même d'arrêt maladie d'une part, et d'autre part des blessures engendrant des séquelles majeures aux conséquences permanentes sur la vie professionnelle, plus globalement sur la participation sociale des intéressés.

Question de recherche

Les militaires n'envisagent absolument pas que des camarades avec des corps (ou des esprits) « diminués » puissent continuer à servir. Les personnes handicapées sont de fait largement exclues de la possibilité de servir sous les drapeaux, de contribuer à la sécurité de leur pays et de leurs concitoyens, symbole ultime d'une pleine citoyenneté.

Cette situation, essentiellement motivée par la recherche d'efficience qui voudrait que les institutions militaires ne choisissent puis ne conservent que les personnels « aptes », est-elle réellement indépassable ? Au-delà, pourrait-on dégager une convergence d'intérêts en la dépassant et en imaginant une nouvelle organisation autour de l'accompagnement des blessés qui leur garantisse une meilleure participation sociale, une meilleure capacité de détermination et de réalisation de leurs habitudes de vie, y compris professionnelles, tout en veillant à la conciliation avec les besoins et attentes de l'institution militaire ?

¹ Cellule d'aide aux blessés de l'armée de Terre (CABAT) : 1993

Cellule d'aide aux blessés, malades et familles de l'armée de l'Air (CABMF) : 2007

Cellule d'aide aux blessés et d'assistance à la famille de la marine (CABAM) : 2011

Cellule d'aide aux blessés de la gendarmerie nationale (CABGN) : 2015

Cellule d'aide des malades et des blessés du service de santé des armées (CABMSSA) : 2016

Ce mémoire est orienté vers ceux, au sein des blessés, qui connaissent des séquelles, physiques ou psychologiques, de leur blessure ou maladie, de manière temporaire ou durable. Il fait également le choix volontaire de ne créer aucune distinction dans l'origine de l'affection et son lien, ou non, au service. Cette distinction, parfois si marquée qu'elle peut potentiellement priver le blessé d'une part importante du soutien institutionnel, doit aujourd'hui être dépassée. Il n'est nullement question de remettre en question le « prix du sang » et la légitime indemnisation spécifique de toute blessure ou affection survenue à l'occasion du service, à plus forte raison en opérations. Mais exclure du périmètre de l'accompagnement les personnels blessés ou victimes d'affection sans lien reconnu avec le service n'a guère de sens tant du point de vue des personnes concernées, auprès desquelles l'institution conserve ses obligations légales comme morales, que du point de vue de l'institution. Le fait générateur n'opère évidemment aucune différence s'agissant des conséquences en termes d'employabilité, d'aptitude, de reclassement. Ce sont bien ces conséquences qui créent actuellement une tension vive, au vu du volume de personnels frappés d'inaptitudes, entre une posture ferme d'application des règlements médico-statutaires (conduisant potentiellement à la réforme pour raison de santé des intéressés), et une posture plus sociale d'octroi de dérogations à servir aux normes médicales d'aptitude. Le mémoire n'aborde que la problématique posée par les personnels sous statut militaire.

Ce mémoire a ainsi pour objet : « les blessés de la gendarmerie. Pour une participation sociale réinventée ».

Entre application ferme de la réglementation médico-statutaire conduisant à une sortie de l'emploi militaire et un traitement presque compassionnel et charitable du blessé, conservé via la dérogation à servir mais dans des emplois « de garage », il vise avant tout à explorer une 3° voie, complémentaire mais inédite, pour restaurer leur participation sociale. Cette 3° voie s'appuiera tant sur les évolutions juridiques que conceptuelles autour de la notion de handicap, qui contribueront à éclairer d'une manière nouvelle le terrain de stage pour en dégager des orientations d'action qui puissent être bénéfiques pour les intéressés comme pour les institutions, tout en étant plus conformes aux attendus d'un État moderne sur le plan des droits humains. Il abordera ainsi le handicap dans toute sa dimension, notamment sociale, « et non uniquement [comme] un objet de la médecine ou relevant du seul champ de la santé. » (Ville et al., 2014, p. 18)

Il s'agit ainsi de :

- comprendre les blocages dans la gestion des inaptitudes ;

- comprendre les difficultés et aspirations des blessés dans leur parcours, les ressorts et représentations des « dus » de l'institution et de leur maintien en emploi ;
- proposer des solutions innovantes à l'institution dans la gestion de cette problématique, et l'organisation en conséquence ;
- accompagner le changement dans cette perspective ;
- apporter un angle de vue nouveau sur cette problématique ;
- améliorer l'employabilité des blessés, leur maintien en emploi et mieux les soutenir, ainsi que leurs aidants, dans leur parcours.

Pour parvenir à ces objectifs, notre recherche devra explorer l'histoire, les objectifs et l'organisation réglementaire des normes médicales d'aptitude militaires. Elle devra aussi s'attarder sur les freins et les leviers matériels et symboliques à la participation des personnes handicapées au métier des armes, comprendre les revendications et attentes des blessés et personnes handicapées en matière de participation dans la gendarmerie. Enfin, il s'agira d'identifier les leviers de professionnalisation du processus d'accompagnement des blessés et les possibilités de mise en œuvre du concept d'aménagement raisonnable dans une institution où le personnel est appelé à servir « en tout temps et en tout lieu ».

Terrain de stage :

Le terrain de stage est donc constitué par l'ensemble de la gendarmerie nationale. La gendarmerie nationale est une force armée constituée au 31 décembre 2019 de 102 939 personnels militaires et civils répartis comme suit² :

- 6 652 officiers de gendarmerie et 595 officiers du corps technique et administratif ;
- 74 402 sous-officiers de gendarmerie et 4 691 sous-officiers du corps de soutien technique et administratif ;
- 12 608 gendarmes adjoints volontaires;
 - soit un total de 98 353 personnels militaires
- 4 586 personnels civils.

Répartis sur plus de 3 000 emprises sur l'intégralité du territoire national, en métropole et outre-mer, mais également à l'étranger et en OPEX, les personnels militaires de la gendarmerie nationale ont un champ missionnel scindé en quatre pôles :

- 1. rassurer et protéger
- 2. enquêter et interpeller
- 3. sécuriser et maintenir l'ordre
- 4. intervenir et défendre

La gendarmerie nationale est une « force armée investie d'une mission de sécurité et de paix publiques, appelée à agir aussi bien dans le champ de la police judiciaire que dans celui du maintien de l'ordre ou de l'action militaire, la Gendarmerie nationale réunit toutes les caractéristiques d'une « force de continuité ». En effet, quelles que soient les circonstances (paix, crise ou guerre), elle assure la continuité de l'action de l'État, sur l'ensemble du territoire français. »

Le statut militaire³ induit des singularités importantes par rapport au champ de la fonction publique civile, notamment au regard de l'aptitude ainsi que de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH), dont il sera débattu infra.

La direction générale de la gendarmerie nationale (DGGN) est implantée sur le site d'Issy-les-Moulineaux (92). La Mission Accompagnement du Handicap (MAH) y a été créée, au sein de la direction des personnels militaires, à l'été 2020. Elle constitue le lieu d'exercice professionnel du rédacteur du présent mémoire. La MAH a deux axes missionnels :

- 1. mener une politique de soutien à destination des aidants familiaux
- 2. concourir à la politique d'accompagnement des blessés de la gendarmerie

La MAH est armée par un officier supérieur, un sous-officier supérieur ainsi qu'une alternante. Elle a reçu une lettre de mission de la part du directeur des personnels militaires afin de définir son champ d'action et asseoir sa légitimité auprès de tous les services de la DGGN comme des services déconcentrés et des commandements territoriaux.

Problématique:

La question de recherche a orienté la définition de la problématique suivant le libellé suivant : « Comment rendre plus effective, avec des conséquences opérationnelles positives, la participation sociale des blessés de la gendarmerie avec état séquellaire ? ».

Consécutivement, la recherche envisagée devra explorer en particulier les six hypothèses suivantes :

- 1- Le modèle social du handicap et la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH) ont insuffisamment diffusé dans la culture et l'organisation militaires ;
- 2- L'approche évaluative des besoins des blessés (et aidants) est insuffisamment connue, mobilisée puis coordonnée ;

³ Défini au code de la défense, Partie 4, Livre Ier.

- 3- L'absence d'outils classiques visant le maintien en emploi est un frein pour l'expression des capacités des personnels handicapés ;
- 4- Il existe des freins importants liés aux préjugés sur le handicap et la psychologie collective militaire pour exprimer pleinement les potentialités liées au maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap;
 - 5- L'institution doit pouvoir travailler sur les capacités plutôt que les inaptitudes ;
 - 6- L'impact du rôle et de l'organisation de la médecine militaire sur la participation sociale des personnels handicapés.

Méthodologie:

Il est globalement envisagé d'appuyer largement la recherche sur une enquête qualitative auprès des blessés de la gendarmerie, en incluant dans l'enquête l'environnement interagissant avec ceux-ci. Celle-ci sera essentiellement adossée à des entretiens.

Il paraît délicat de procéder à d'autres méthodes de recueil de données telle que l'observation en situation, à la fois pour des questions de temps et en raison de la configuration du terrain d'études, constitué par plus de 3 000 emprises géographiques sur le territoire national, ni par des données quantitatives ou des statistiques qui n'existent pas à proprement parler sur la thématique du handicap au sein de la gendarmerie.

Contrairement aux études conduites sur le sujet à ce jour, issues des états-majors avec leur propre expérience et guidées majoritairement par les problématiques institutionnelles, le choix est fait ici de guider l'enquête et l'analyse par l'intention de faire sens pour la population concernée et, ainsi, construire des propositions adaptées et de fait plus efficaces dans leurs effets.

Il paraît ainsi essentiel d'entrer a minima dans une démarche participative qui se heurte à l'écueil principal suivant : la recherche vise à apporter des solutions à un sujet très sensible, impactant potentiellement le statut. Associer des blessés avec lesquels un lien de confiance peut être établi, afin de construire et ajuster les trames d'entretien voire les questionnaires utilisés permettra d'améliorer significativement la pertinence et la résonance expérientielle qui légitiment la démarche et conditionnent la qualité des résultats. Le chercheur devra en revanche conserver un regard critique quant à la subjectivité et l'influence de la situation propre du blessé impliqué dans cette démarche.

Nous nous attarderons dans un premier temps, aux plans historique, conceptuel et juridique sur ce qui rapproche et éloigne le handicap et les armées (I), puis nous

détaillerons les principaux résultats de recherche (II), avant finalement d'exposer les limites, les voies d'exploration complémentaire ainsi que les propositions découlant de cette recherche (III).

1 Handicap et armées : malgré une riche histoire commune, un tabou obstacle majeur à la participation sociale des blessés

Aborder la participation sociale des blessés de la gendarmerie, c'est d'abord porter un regard sur la construction historique de l'accompagnement des blessés de guerre, et par là-même, sur la naissance d'une politique du handicap en France. C'est aussi confronter cette histoire avec la réalité des avancées scientifiques et conceptuelles internationales sur le handicap, et porter un regard critique sur les questions d'aptitude médicale dans un environnement juridique national et international qui a suivi, partiellement mais en lien avec les évolutions conceptuelles, une refonte majeure dont toute la portée n'a pas encore été traduite dans l'environnement médico-statutaire immédiat des blessés.

1.1 La Première Guerre mondiale, ère de rupture pour le handicap

La Première Guerre mondiale constitue une période charnière majeure dans les approches sociétales, notamment au sein des pays occidentaux, de la notion de handicap. Il faut ici d'emblée indiquer que ce terme, désormais ancré dans la société française et une partie des pays francophones, n'est alors absolument pas en usage et induit de fait un biais anachronique.

Dérivé d'un jeu de hasard anglais, marqué sémantiquement par son usage dans le milieu du sport, en particulier les courses hippiques, le terme handicap acquiert progressivement sa connotation négative qui l'associe à un désavantage, un « état d'infériorité » (Crété, 2007), et n'apparaît en réalité dans la législation française qu'à l'occasion de la loi du 23 novembre 1957, la notion de personne handicapée englobant progressivement toutes les terminologies ayant précédemment prévalu (mutilés, infirmes, accidentés, aliénés, inadaptés, débiles...), avec l'objectif d'une harmonisation des politiques publiques et des traitements envers ces catégories de personnes jusqu'alors séparées.

Pour autant, c'est bien cette Première Guerre mondiale qui catalyse et accélère ce qui est depuis devenu la politique publique du handicap, et porte en elle ou par ses conséquences directes les prémices de cette politique et de la représentation sociale du handicap.

1.1.1 La « production de masse » de blessés de guerre, vecteur de modernisation majeure pour la médecine

Il paraît d'emblée inutile de s'appesantir sur l'extraordinaire catalyseur de modernité pour la médecine qu'ont constitué les conflits modernes, tout spécialement le premier conflit mondial. Une littérature nourrie met en lumière ce phénomène, comme par exemple « l'essor de la chirurgie maxillo-faciale », les traitements prothétiques et autres greffes (Roze-Pellat, 2014), la chirurgie réparatrice, les transfusions, l'anesthésie, etc (Reding & Vanwijck, 2015) ou encore la théorisation et la mise en œuvre progressives d'avancées organisationnelles, au plus proche de la zone de combats comme dans la profondeur (trier et catégoriser, évacuer et transporter, hospitaliser, réparer) (Viet, 2015) qui serviront immanquablement de boussole lors de la mue de l'hôpital public, au cours du XXe siècle, d'une prise en charge des indigents vers une médecine du soin telle que nous la connaissons aujourd'hui. Ces éléments, tout comme l'expérience spécifique de la réparation et du handicap, sont d'ailleurs également relatés par la fiction (par exemple La chambre des officiers – Dugain, 1998).

Il est cependant important de le rappeler, et de mettre en perspective cette modernisation dans le champ du handicap. Elle marque un tournant dans l'histoire de la réparation : elle amorce en effet le passage de la réparation pécuniaire par l'assistance, introduite dans les armées depuis la loi de 1831 portant création des pensions d'invalidité (marquant en France la première introduction législative de la notion de devoir à l'égard des blessés) et de réparation des corps (dans la lignée de la prise en charge des blessés depuis la création des Invalides, en 1670, par Louis XIV), à une notion de réadaptation et de réinsertion sociale par le travail. Pour les blessés, cette réinsertion est guidée par un triple objectif : en premier lieu garantir la reconstitution des forces vives des armées (retour en unité combattante du blessé « réparé »), en deuxième lieu fournir à l'économie de guerre, puis à l'économie de reconstruction du pays la main d'œuvre dont elles ont tant besoin, enfin contribuer au parcours de soin du blessé par le travail :

« Le Service de santé est au premier chef un service productif. Il rend à l'armée des forces reconstituées, il se préoccupe de la situation économique de demain. Sa vigilance épargnera au Trésor de coûteuses pensions... », « vieux remède qui agit préventivement et curativement pour beaucoup de maux physiques et moraux » (Viet, 2015, p. 293 et 360).

Le développement de ce qui sera plus tard reconnu comme médecine physique et de réadaptation, la création de centres d'appareillage, posent ainsi durablement les bases du soin associé au handicap. Les différentes populations cibles (blessés de guerre,

infirmes civils ou malades) s'en saisiront d'ailleurs différemment dans leur affirmation de leur droit au travail (De Blic, 2008).

1.1.2 La transition entre l'ère de la charité et l'ère biomédicale

Les sociétés occidentales antiques et médiévales ont mis en œuvre des traitements sociaux du handicap marqués par l'exclusion, parfois la plus complète pour les enfants de Sparte jetés aux Apothètes⁴ ou le « grand renfermement » opéré en Europe au XVIIe siècle, et les préceptes de l'assistance et de la charité chrétienne. La naissance du monde moderne fut en revanche marquée par la primauté de la valeur du travail et l'essor progressif de la médecine, notamment à partir du XIXe siècle, comme outil de « redressement » des corps.

Plus spécifiquement, la médecine de réadaptation, avec un « objectif de réadaptation et de normalisation des personnes, visant essentiellement le retour au travail par des techniques de réparation et d'entraînement des corps » (Ville et al., 2014, p. 17) répond aux enjeux sociétaux de ce début de XXe siècle, celui de la gestion des blessés du premier conflit mondial, tel qu'évoqué supra, mais également ceux d'une société qui s'est industrialisée, et qui a posé les bases, dès la loi du 9 avril 1898, « d'un nouveau pacte social autour de la réparation des accidentés du travail » (De Blic, 2008). C'est ainsi que « la réadaptation s'impose progressivement comme nouveau mode de traitement des infirmes » (Ville et al., 2014, p. 43). Complémentairement à la question de l'indemnisation en tant que responsabilité collective vis-à-vis de l'accidenté du travail ou du mutilé de guerre, la réadaptation porte en elle un traitement de l'infirmité d'essence médicale, tournée vers l'objectif d'un retour à la norme et au fonctionnement antérieur du corps. Elle incarne ainsi une vision individuelle et médicale du handicap.

Cette approche conceptuelle amène à considérer limitativement les facteurs personnels dans l'approche du handicap, suivant un schéma linéaire selon lequel les écarts organiques induisent des limitations fonctionnelles, qui génèrent à leur tour des désavantages et besoins spécifiques pour réaliser les rôles sociaux. Pour illustrer par l'exemple d'une personne atteinte de poliomyélite, celle-ci voit ses jambes s'atrophier (déficience), induisant une diminution de sa faculté à la marche (incapacité) et le besoin d'un poste de travail adapté tenant compte de cette incapacité (désavantage). Cette approche a été consacrée, plus tard au cours du XXe siècle, par l'Organisation Mondiale

⁴ Plutarque, Vies parallèles, Lycurgue, XVI, 1-2

de la Santé (OMS) en 1980 via la Classification Internationale du Handicap (CIH)⁵ sous la direction de Wood.

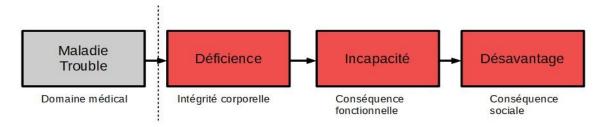


Illustration 1: Schéma de Wood - CIH - 1980

1.1.3 Les prolégomènes d'une politique publique du handicap

A) La politique à destination des blessés de guerre

La Première Guerre mondiale fut donc en France, pour l'essentiel, le détonateur initiant ce qui allait, par la suite du XXe siècle, constituer la politique du handicap.

La loi 31 mars 1919 relative aux pensions des mutilés de guerre posait ainsi, comme avait pu le faire 20 ans plus tôt la loi relative aux accidentés du travail, un principe de reconnaissance et de responsabilité collective à l'égard des blessés : « Article 1^{er} : La République, reconnaissante envers ceux qui ont assuré le salut de la patrie, proclame et détermine, conformément aux dispositions de la présente loi, le droit à la réparation due : 1° aux militaires des armées de terre et de mer affectés d'infirmités résultant de la guerre » (Viet, 2015, p. 353).

Les lois du 17 avril 1916, réservant des emplois aux militaires et réformés n°1 ou aux retraités par suite de blessures ou d'infirmités contractées au service pendant la guerre, et du 26 avril 1924, instituant l'emploi obligatoire des mutilés de guerre, furent les premières d'une longue lignée de lois de réinsertion et de discrimination positive des personnes handicapées dans le milieu du travail (1957, 1975), aboutissant aux quotas de 6 % mis en place par la loi 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés. Cette loi de 1924 « marque un tournant dans l'histoire de la réparation : elle amorce en effet le passage de la réparation pécuniaire par l'assistance à la réinsertion

⁵ OMS (1980). Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41005/9782877100205_fre.pdf;sequence=1

sociale par le travail » et initie « un nouveau paradigme de la réparation, matrice des politiques du handicap d'après 1945 » (Omnès, 2015, p.168).

En somme, la logique portée par cette loi commençait dès ce stade à dépasser une vision strictement biomédicale du corps diminué, et à préparer le terrain pour une approche réellement sociale du handicap : « Cette loi invente la catégorie de "travailleurs handicapés" par une loi de réparation nationale des infirmités et des maladies de guerre et non par une loi sociale de réparation des blessures au travail. La notion d'infirmité [...] n'a plus beaucoup de sens » puisque la « norme n'est plus l'intégrité physiologique mais l'intégration sociale [...]. La nouvelle norme ne repose donc plus exclusivement sur des critères médicaux [...] mais définie par la capacité d'exercer sa propre profession ou, à défaut mais avec l'aide possible de l'État, un autre métier » (Viet, 2015, p. 332).

Sur un plan assez technique, les barèmes conditionnant l'accès des anciens combattants aux pensions d'invalidité vont guider les taux d'incapacité fixés par les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP⁶, devenues depuis les Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées⁷ - CDAPH) jusqu'à ce que le décret n°93-1216 du 4 novembre 1993 n'érige, en annexe au code de l'action sociale et des familles, des barèmes spécifiques pour fixer le taux d'incapacité des personnes handicapées !

Plus anecdotique voire inattendu, la Grande Guerre fut également le vecteur de modernisation majeure du sport en France, plus spécialement pour ce qui nous concerne l'origine de ce qui deviendra ultérieurement le handisport (Michel, 2013).

Ainsi, les années suivant la Grande Guerre virent-elles la mise en place de cette politique globale en faveur des personnes handicapées, pour la catégorie des blessés de guerre, en posant également les jalons pour la naissance progressive de l'État providence, définitivement consacrée en 1945 : « la figure du blessé [...] concentrait sur elle, en vertu des droits que la communauté nationale lui reconnaissait [...], tous les registres d'intervention de l'État providence contemporain : retraite, handicap, dépendance, accès aux soins, couverture sociale, assurance accidents du travail, accès au travail, formation professionnelle, etc. [...] » (Viet, 2015, p. 387). Ces années consolident donc les prémices de l'État providence qui font suite à la loi de 1898 sur les accidents du travail (Ewald, 1986).

⁶ Créées par la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

⁷ En application de 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.

Grégoire CHARLE - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Études en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2020-2021 - 12 -

B) Tensions et interactions avec les autres formes « d'accidents du travail »

La politique très volontariste ouvrant des droits, inédits alors, vers les blessés de guerre n'a pas manqué de susciter des tensions importantes au sein de la société civile d'après-guerre, notamment en direction des accidentés du travail, en raison du décalage induit par l'écart de traitement entre ces catégories. De Blic (2008) montre ainsi que l'efficacité des associations naissantes d'anciens combattants, dont le poids politique sera considérable dans l'entre-deux-guerres, inspire la création d'une fédération associative pour représenter les accidentés du travail, la Fédération nationale des mutilés du travail (aujourd'hui FNATH – Association des accidentés de la vie).

Cette fédération obtiendra progressivement un alignement, incomplet toutefois, des droits des accidentés du travail sur ceux des blessés de guerre, par un lobby législatif intense (lois du 25 octobre 1919, du 15 juillet 1922, du 30 avril 1931 et enfin, du 16 juin 1939).

Ce faisant, la « socialisation du risque » (De Blic, 2008), introduite par la loi de 1898 est progressivement parachevée, en s'appuyant sur les avancées majeures consenties aux anciens combattants, pour aboutir en 1945-46 aux lois relatives à la sécurité sociale. Par ailleurs, « c'est à l'instauration d'un nouveau cadre et d'un nouvel espace des possibles, celui du handicap au sens strict du terme, que l'on assiste au cours de l'entre-deux-guerres » (Zygart, 2019, p. 1). La situation des personnes handicapées en France s'est clairement, à cette période et partant des dispositions adoptées en faveur des blessés de guerre, modifiée « suivant des processus qui se sont poursuivis jusqu'à nous » (Zygart, 2019, p. 2), en agrégeant progressivement les invalides civils adultes acquis, puis les autres formes d'invalidité, quelle qu'en soit la cause, y compris congénitale, en focalisant la réponse sur les rôles sociaux, les capacités de travail.

C) L'impact sur la création d'un système de santé publique

Viet (2015) a pu montrer l'importance et la complexité du Service de santé militaire, qui a posé les bases d'un système de santé publique moderne et contemporain. Toutefois, il met également en avant la discontinuité brutalement issue de la démobilisation, y compris du Service de santé militaire lui-même, sous l'effet d'une volonté de désengagement de l'État dans le champ de la santé publique malgré les potentialités de transfert de l'organisation de santé militaire vers une organisation publique civile. C'est ainsi une opportunité manquée qui, malgré la création tardive en 1930 du ministère de la santé publique, dans la valorisation pour la population d'une

organisation qui avait fait ses preuves en temps de guerre, et qui ne sera finalement réellement mise en place, tout comme l'assurance maladie, que dans l'après Seconde Guerre mondiale.

1.1.4 Impacts sur les phénomènes d'auto-représentation

Si la Première Guerre mondiale vit, « en deux vagues successives, la première pendant la guerre même, la seconde lors de la démobilisation » (Prost, 2014), la naissance de mouvements d'anciens combattants extrêmement puissants dans l'entredeux-guerres, avec la constitution par exemple de l'Union Fédérale, l'Union nationale des combattants, l'Union des blessés de la face et de la tête, elle fut – comme évoqué – à l'origine indirecte d'une mobilisation croissante des infirmes civils.

Après la FNATH en 1921 pour le champ des accidentés du travail, naîtront au tournant des années 30 deux associations majeures des infirmes civils, la Ligue pour l'Adaptation au Travail du Diminué Physique (future LADAPT) en 1929, puis l'Association des Paralysés et Rhumatisants (future APF) en 1935. Comme démontré par Zygart (2019), ces mouvements n'auront de cesse de sortir les personnes qu'elles représentent d'une logique de charité vers l'obtention de « droits inédits (au travail, à rééducation, à pension, etc.) » inspirés initialement pour le mouvement des blessés de guerre.

1.1.5 De l'aptitude médicale au cours du premier conflit mondial

La question de l'aptitude médicale au service militaire n'est pas nouvelle à l'approche, puis durant le premier conflit mondial. La première instruction en la matière remonte à 1794. Pour autant, elle se pose avec une acuité toute particulière lors de ce conflit.

D'une part, ce dernier intervient après un demi-siècle d'évolution de pensée hygiéniste, voire eugéniste, au sein du corps médical notamment militaire (Lalanne Berdouticq, 2020), avec une crainte de voir la santé des populations, et la « qualité » de leurs caractéristiques décliner, et une volonté, par la normativité de la sélection, de faire émerger une « élite » parmi la population masculine, en capacité de porter avec la meilleure efficacité les armes pour le pays. D'autre part et surtout, le phénomène inédit de mobilisation de masse et le niveau des pertes de soldats a impliqué rapidement de s'appuyer sur des bases scientifiques pour légitimer l'équité de la mise à l'écart des jeunes hommes, ou des soldats blessés, qui seraient épargnés d'avoir (à nouveau) à risquer le prix du sang mais devraient payer le prix de l'absence de « brevet de conformité physique et sociale » (Lalanne Berdouticq, 2020, p.30) qui les pénaliserait fortement dans leur vie civile.

Il est à ce stade important de noter qu'un siècle plus tard, les mêmes critères sont désormais utilisés, à front renversé, pour écarter de la possibilité de servir leur pays des citoyens volontaires pour s'engager.

Lalanne Berdouticq montre également que la sélectivité des opérations de recrutement a été évolutive au cours du conflit, s'adaptant au besoin de régénération des forces combattantes, puis à celui de restauration de la confiance populaire dans le processus. Il n'y a pas non plus de consensus scientifique sur la notion d'aptitude militaire et peu d'utilisation, dans la sémantique médicale, de termes renvoyant aux qualités guerrières (finalité du processus), donc aux compétences, *in fine* à l'aptitude.

1.2 Handicap et armées un siècle plus tard : des représentations figées limitant la participation sociale des blessés ?

1.2.1 Une conception toujours biomédicale ancrant une représentation déficitaire du blessé

A) L'avènement des conceptions environnementalistes

La seconde moitié du XXe siècle, plus spécialement à compter des années 1960, voit émerger et s'imposer une conception dans laquelle les facteurs personnels de l'individu ne sont plus les seuls déterminants dans la production de situations de handicap et la limitation dans la réalisation des habitudes de vie et rôles sociaux. Le modèle individuel, quand bien même avalisé dans un premier temps par l'OMS en 1980, se voit dès les années 60 de plus en plus contesté notamment dans les pays anglo-saxons, initialement aux États-Unis avec la naissance de mouvements de personnes handicapées (Disabled In Action, Disabled People International, Independent Living Movement...), qui revendiquent, selon Winance et Ravaud (2010), la transformation de la société plutôt que la réparation et la réadaptation de l'individu, dans un contexte où la médecine et la technique accroissent les possibilités pour les personnes handicapées d'accéder à la vie ordinaire. Elles font alors de plus en plus l'expérience des obstacles qui se présentent à elles pour rendre ces possibilités effectives.

Elles se structurent alors autour d'une logique d'accès aux droits civils et finissent par objectiver une expérience collective, au-delà des formes de déficience, de la discrimination de la société : « ce mouvement a été l'occasion d'une prise de conscience de l'expérience qu'elles partageaient toutes, quelle que soit la nature de leur handicap : celui-ci n'est pas causé par la déficience (qui est une qualité individuelle) mais par la société et les discriminations dont elles sont victimes » (Winance et Ravaud, 2010, p. 75).

Le handicap fait ainsi l'objet d'une évolution théorique fondamentale, en étant avant tout socialisé : « le handicap est détaché de l'individu, ce n'est plus une expérience subjective mais une réalité sociale et politique, objective. Le handicap n'est plus défini, ni même vécu, comme causé par la déficience, mais est défini et vécu comme causé par la société. Le handicap ne pointe plus l'incapacité de la personne à s'adapter mais l'incapacité de la société à l'accueillir » (Winance et Ravaud, 2010, p. 81).

Le champ académique des *Disability Studies* est partie prenante de cette évolution théorique qui aboutira progressivement à la reconnaissance de conceptions environnementalistes et sociales du handicap. Le handicap n'est plus pensé « comme une réalité intrinsèque à l'individu » (Rochat, 2008), dans la logique de cause à effet illustrée par le schéma de Wood, mais comme une inadéquation de la société aux spécificités de ses membres. Pour dépasser cette vision très radicale qui évacue complètement la déficience de la définition du handicap et pour dépasser les déterminismes, tantôt individuel, tantôt sociétal, des modèles interactifs ont ensuite été théorisés, plaçant l'interaction entre facteurs personnels et facteurs environnementaux au cœur de leur modèle. C'est sur cette base qu'a été développée la notion de « situations de handicap » et que l'accent a été mis sur la participation sociale.

B) L'ère sociale du handicap

L'OMS, en 2001, valide ainsi officiellement la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé⁸ (CIF), qui se veut un outil universel de la description du fonctionnement des individus, quel que soit le problème de santé. Ce modèle devient progressivement, y compris en France (ex : guide d'évaluation des besoins de compensation⁹ – GEVA – utilisé dans les Maisons Départementales des Personnes Handicapées – MDPH – depuis 2008), la référence pour décrire et analyser les processus du handicap.

⁸ OMS (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422 fre.pdf

^{9 &}lt;u>https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees/formulaires/version-graphique-du-geva-et-son-manuel</u>

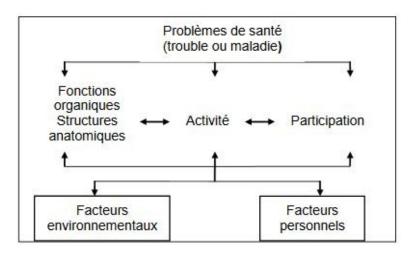


Illustration 2: Schéma de la CIF - (Source CIF, OMS, 2001)

A ce jour, des imperfections de ce modèle continuent d'être mises en avant, notamment par le Réseau International sur le processus de production du handicap (RIPPH¹0), qui a développé au cours des années 1980, puis amendé dans une nouvelle version en 2010, son propre Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap (MDH-PPH) adossé à la classification scientifique québécoise. En distinguant conceptuellement ce qui appartient à la personne, à l'environnement ou aux situations de vie, « le MDH-PPH montre que la réalisation des habitudes de vie peut être influencée par le renforcement des capacités ou la compensation des incapacités par la réadaptation et des aides techniques, mais également par la réduction des obstacles dans l'environnement. Les obstacles sont, par exemple, les préjugés, le manque d'aide ou de ressources, l'absence d'accessibilité du domicile ou de l'école, la difficulté de se procurer de l'information imprimée adaptée ou de se déplacer au moyen d'une signalisation accessible. » (RIPPH, consulté en ligne le 21 juin 2021).

MDH-PPH bonifié (2010)

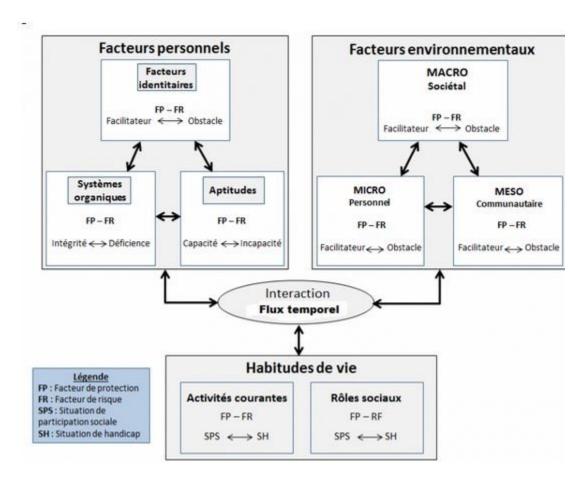


Illustration 3: Modèle Social du handicap - MDPH-PPH2 - (Source RIPPH)

Cette évolution conceptuelle sur la production de handicap s'est naturellement progressivement traduite sur le plan juridique dès la fin du XXe siècle, amorçant ainsi la transition d'une approche basée sur la protection des personnes handicapées « vers une ère des droits et de la citoyenneté » (Ville et al., 2014), l'Organisation des Nations-Unies (ONU) adopte dès 1975 une déclaration des droits des personnes handicapées ¹¹, qui sera plus tard suivie par la CIDPH ¹², ratifiée par la France le 18 février 2010. Elle est avant tout une convention visant la non-discrimination des personnes handicapées et la reconnaissance pour elles, dans tous les domaines de la vie, des droits humains sur la base de l'égalité avec les autres. On y voit mentionnée juridiquement l'évolution théorique du handicap : « *Reconnaissant* que la notion de handicap évolue et que le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières

^{11 &}lt;a href="http://hrlibrary.umn.edu/instree/french/t3drdpf.htm">http://hrlibrary.umn.edu/instree/french/t3drdpf.htm

¹² Convention relative aux droits des personnes handicapée, (ONU). (2006, décembre). https://www.un.org/development/desa/disabilities-fr/la-convention-en-bref-2/texte-integral-de-la-convention-relative-aux-droits-des-personnes-handicapees-13.html

comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».

Ces évolutions conceptuelles dans la production de handicap impliquent des approches distinctes dans le traitement de ce handicap :

-		Traitement	Prévention	Responsabilité sociale
individuel	Approche biomédicale	Guérison par des moyens médicaux ou technologiques	Intervention biologique ou génétique, dépis- tage prénatal	Eliminer ou guérir le handicap
Modèle in	Approche réadaptative	Services de réadapta- tion fonctionnelle	Diagnostic précoce et traitement	Améliorer et procurer du confort
e social	Approche environnementale	Accessibilisation, adaptation, contrôle individuel accru des services et des sou- tiens	Elimination des bar- rières sociales, éco- nomiques et phy- siques	Elimination des obstacles à l'insertion
Modèle	Approche sociopolitique	Reformulation des règles politiques, éco- nomiques et sociales	Reconnaissance de la situation de handicap comme inhérente à la société	Réduire les inégalités dans les droits, accès à une pleine citoyen- neté

Illustration 4: organisation et lignes directrices des modèles en terme de traitement, de prévention et de responsabilité sociale. Rochat (2008), adapté de Ravaud (2001, p.63), lui-même d'après Rioux (1997).

La CIDPH est désormais l'outil juridique premier pour faire valoir l'approche sociopolitique du handicap.

C) Conséquences sur la conception de l'aptitude

Après avoir été précurseur dans l'émergence de l'accompagnement du handicap au sens moderne, les armées figurent désormais en décalage net avec les conceptions contemporaines du fonctionnement humain et du handicap, désormais « pensé, non pas comme une altérité radicale, mais comme une position instable sur un continuum du fonctionnement humain » (Ville et al., 2014, p. 19), posture avalisée par l'OMS elle-même à travers la CIF, qui montre bien que tout humain, de manière durable ou à un moment limité de sa vie, pourra rencontrer des situations de handicap, et que le handicap est inhérent à toute condition humaine.

Conserver dans ces conditions une vision biomédicale de l'aptitude en liant la performance et la capacité de l'individu à un « cadre normatif mathématisé », qui rappelle les errements de l'indice de Pignet¹³ (Millous, 1933) devient anachronique et décalé. Le souci « de normalisation et d'interchangeabilité [...] des soldats » (Lalanne Berdouticq, 2020, p. 63), dans sa dépersonnalisation de l'aptitude et l'absence de prise en compte de l'environnement, s'oppose aux évolutions conceptuelles et aux impératifs jurisprudentiels (évoqués infra) liant la décision médico-administrative non pas à la catégorisation étiologique du sujet mais à une analyse des capacités réelles de l'individu concerné. Les opérations de détermination de l'aptitude relèvent alors du « triage médico-institutionnel », au demeurant réalisé par défaut, se refusant « à identifier les signes de l'aptitude pour se concentrer sur la détection et l'exclusion des inaptes » (op. cit. p. 67).

Lalanne Berdouticq (2020, p.105) démontre également comment ces critères sont associés, lors de la Première Guerre mondiale, à la conception idéalisée du modèle masculin viril (« les savoirs médicaux valident ainsi une distinction radicale et irréductible, l'idée selon laquelle les hommes seraient faits pour combattre et conquérir et les femmes pour enfanter et materner »). Il est ici intéressant de créer un parallélisme entre les préjugés sur les capacités des femmes, qui ont désormais incorporé toutes les typologies d'unités militaires en France, et ceux sur les personnes porteuses de déficiences, pour lesquelles les portes sont encore quasiment totalement fermées, alors même que l'approche sociale du handicap amène à étudier au cas par cas, dans un poste de travail contextualisé, le rapport entre les capacités (le cas échéant compensées) d'un individu et les exigences de l'institution, qui sont par essence variables en fonction des postes tenus.

Aujourd'hui, l'aptitude reste une application de normes et de parcours en arguant du handicap et de la déficience. La condition humaine est par essence une variabilité de capacité des individus. La conséquence de conserver une vision biomédicale uniquement déficitaire de la déficience conduit à écarter du recrutement, et du maintien dans l'emploi, un volume significatif de personnes ayant des capacités et des compétences valorisables par l'institution, des performances individuelles pouvant, suivant les cas, dépasser de loin celles d'individus dans la norme. Les travaux scientifiques internationaux invitent à penser le handicap autrement que sous le seul angle médical.

¹³ A la fin du XIXe siècle, Pignet théorise un coefficient de robustesse visant à « exprimer la valeur physique d'un conscrit par un nombre » (Millous, 1933.p.57). Il se calculait à partir de plusieurs valeurs anthropologiques du sujet concerné.

1.2.2 Les normes d'aptitude médicale

A) Enjeux

L'enjeu principal aujourd'hui est de redéfinir les contours de l'exclusion d'une partie de la population à la possibilité de servir sous l'uniforme son pays. Cette discrimination doit être réinterrogée sur les plans de l'opportunité, de la stricte justification médicale en tenant compte des évolutions juridiques et conceptuelles.

Cet enjeu porte de nombreuses conséquences sur l'intégration de personnes avec déficience d'une part, mais également sur la participation sociale des blessés, la place qui leur est accordée, la valorisation des compétences et de l'expérience professionnelle acquises, sans leur assigner une présomption « d'incapabilité » en raison de l'application de normes médicales. Il doit être appréhendé dans le cadre d'une responsabilité sociétale « d'entreprise » (RSE) et dans le but de renforcer la marque employeur, donc l'attractivité et la fidélisation de l'institution militaire. Cette dernière pâtit potentiellement d'une dépréciation de son image en raison d'un sentiment d'éviction des blessés, des individus qui n'entreraient plus dans les besoins de standardisation et les représentations admises de performance du collectif. Plus encore, c'est un enjeu au cœur de la diversité.

Il doit néanmoins être analysé dans un contexte de tensions entre plusieurs préoccupations qui entrent potentiellement en conflit les unes avec les autres :

- le souci de protection de l'individu : vision « humanitaire » de l'aptitude visant avant tout à garantir qu'en situations, notamment celles qui mettent en jeu son intégrité et celle de tiers, la personne concernée aura les capacités de faire face ;
- les droits humains fondamentaux, en l'espèce celui de pouvoir librement concourir à la défense de son pays (forme d'accès au travail dans un secteur spécifique d'activité, sur la base de l'égalité avec les autres) ;
- préserver l'efficacité de l'institution ;
- protéger l'institution de contentieux dans l'hypothèse d'une atteinte à l'intégrité du militaire.

Cette tension peut s'exacerber en raison de la mobilisation croissante de « l'arme du droit » (Israël, 2009), tout spécialement s'agissant des stratégies de plaidoyer et d'influence des organisations de personnes handicapées pour faire reconnaître leur pleine citoyenneté.

B) Tensions entre blocs juridiques nationaux et supra-nationaux

Une lecture croisée entre l'actuel bloc juridique régissant l'aptitude dans les armées et le bloc juridique spécifique au handicap offre un regard complémentaire éclairant sur les enjeux, mais également sur l'évolution prévisible de notre droit national sous l'influence, voire la contrainte, des normes supra-nationales.

(a) L'aptitude dans les armées :

1. Un niveau législatif imprécis

Deux articles législatifs du code de la défense constituent l'ossature de la réglementation relative à l'aptitude :

- l'article L4121-5¹⁴ qui dispose que « les militaires peuvent être appelés à servir en tout temps et en tout lieu. »
- l'article L4132-1 qui dispose que « nul ne peut être militaire [...] s'il ne présente pas les aptitudes exigées pour la fonction ».

Ainsi le niveau législatif ne définit nullement ce qu'est intrinsèquement l'aptitude ¹⁵ d'une part, ni d'autre part ce que seraient spécifiquement les aptitudes liées à la « fonction » ¹⁶ militaire, pouvant ainsi renvoyer à des notions de capacités individuelles physiques, de capacités professionnelles.

2. Le niveau réglementaire, source de l'essentiel du droit applicable en matière d'aptitude

Au niveau réglementaire, le code de la défense n'évoque directement dans aucun article les contours d'une aptitude liée à un état de santé.

Il se limite à une notion d'aptitude « capacitaire » (au sens des compétences personnelles et professionnelles) au sein de l'article D4131-2 : « Le grade consacre

¹⁴ Fréquemment cité en la matière, cet article est en réalité avant tout une explicitation de la notion de disponibilité et n'a ainsi pas de lien direct avec l'aptitude. L'exposé des motifs du projet de loi de 2005 relatif au statut général des militaires est clair sur ce point, tout comme les travaux parlementaires afférents : https://www.assemblee-nationale.fr/12/projets/pl1741.asp

¹⁵ Les notions d'aptitude et d'inaptitude ne sont pas plus définies par le code du travail et suscitent « des confusions avec les notions voisines d'aptitude professionnelle et d'invalidité » (IGAS, 2015. [7]). En revanche, le dictionnaire Larousse évoque une « disposition naturelle ou acquise de quelqu'un à faire quelque chose », ou encore l'« état de quelqu'un que la loi considère comme qualifié pour jouer un rôle ou exécuter un acte ».

¹⁶ Le choix du terme « fonction » peut paraître surprenant voire inapproprié au regard d'un statut régissant plutôt « l'état » militaire et non une catégorie de postes.

l'aptitude à occuper des emplois d'un certain niveau, à assumer la responsabilité et à exercer l'autorité qui y sont attachées. »

Il évoque également l'« inaptitude médicale » à travers les articles relatifs à la commission de réforme, en particulier l'article R4139-53 : « des commissions de réforme des militaires chargées de donner un avis sur l'inaptitude médicale définitive au service des militaires ».

Le niveau décret ne définit donc nullement les notions d'aptitude ou d'inaptitude médicale des militaires, mais vient simplement évoquer cette possibilité via la réforme, sans que celle-ci, liée à une infirmité, ne soit automatique.

Plusieurs arrêtés viennent définir plus précisément ce dispositif :

- l'arrêté du 20 décembre 2012¹⁷ est ainsi la pièce maîtresse pour la définition des différentes notions d'aptitude (article 1)
 - L'aptitude <u>physique</u> fait référence à des critères morphologiques imposés par les équipements et systèmes d'armes ainsi qu'à l'adéquation entre le niveau d'entraînement physique et les contraintes de l'emploi ou des missions :
 - L'aptitude <u>mentale</u> traduit l'adhésion à un état d'esprit militaire dans toute l'acception de l'article L4111-1 du code de la défense selon lequel « l'état militaire exige en toute circonstance esprit de sacrifice, pouvant aller jusqu'au sacrifice suprême, discipline, disponibilité, loyalisme et neutralité. »
 - Il est précisé que ces deux aptitudes particulières (physique et mentale) « relèvent de la compétence de l'encadrement militaire ».
 - L'aptitude <u>médicale</u> exprime la compatibilité de l'état de santé d'un individu avec les exigences du statut général des militaires et celles propres à chaque armée, direction et service ou à la gendarmerie nationale. L'aptitude psychique fait partie intégrante de l'aptitude médicale à servir.
 - Il est précisé que « le médecin des armées [...] est responsable de la détermination de l'aptitude médicale »

Son article 3 ouvre une possibilité d'adaptation de l'impact de la cotation SIGYCOP dans la détermination finale de l'aptitude médicale, mais de manière indirecte :

¹⁷ Arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire (J.O. du 18 janvier 2013)

Grégoire CHARLE - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Études en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2020-2021 - 23 -

« Ce mode de cotation permet d'intégrer tous les résultats du bilan médical puis de les transposer en niveaux d'aptitude et de déterminer l'aptitude médicale à servir ou à l'emploi, en référence aux critères ou normes d'emploi définis par le commandement. Le profil médical est donc un outil de dialogue entre le médecin et le commandement. »

- l'arrêté du 29 mars 2021¹⁸ précise la classification des profils médicaux suivant les sigles SIGYCOP (art. 2):
 - « Les données recueillies au cours d'un examen d'aptitude médicale sont exprimées par la formule dite profil médical. Ce profil médical rassemble sept rubriques, chacune identifiée par un sigle et affectée d'un coefficient variable. »

Il vient également préciser par un barème figurant en annexe une cotation complète des affections et séquelles, et leur incidence s'agissant de la classification chiffrée dans la grille SIGYCOP. Il est donc la référence majeure à laquelle se réfèrent les médecins militaires pour déterminer le profil médical d'un militaire ou d'un candidat à l'admission, profil qui est ensuite comparé aux normes médicales édictées par chaque armée pour déterminer l'aptitude médicale à servir.

- l'incidence des déficiences et pathologies sur la classification SIGYCOP fut antérieurement déterminée par un barème posé par l'instruction (aujourd'hui remplacée par l'arrêté supra) n°2100/DEF/DCSSA/AST/AME du 1^{er} octobre 2003 relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir, instruction « essentiellement technique » qui visait notamment par son livre II à définir « la cotation [Nota : sur la grille SIGYCOP] des affections ou de leurs séquelles ».
 - En cours de carrière, cette instruction assouplissait fortement l'évaluation de l'aptitude médicale générale par le biais d'un article 16 ainsi rédigé :

« En ce qui concerne les militaires en cours de carrière ou de contrat lorsque à l'occasion d'examens médicaux qu'ils seraient appelés à subir (visite médicale périodique, visite médicale d'aptitude particulière à des spécialités ou formations d'emploi, visite médicale d'ordre statutaire, visite de reprise du travail après congé de maladie, etc.) l'attribution des coefficients aux sigles du profil médical est réalisée conformément aux dispositions de l'article 7, en ne tenant compte que de l'affection en cause, des séquelles ou du handicap présenté. Toutefois une valeur du coefficient qui pour les candidat(e)s à l'engagement aurait entraîné une inaptitude, ne constitue pas obligatoirement pour eux un motif d'inaptitude définitive à servir ou à l'emploi. En conséquence, leur aptitude sera appréciée en tenant compte :

¹⁸ Arrêté du 29 mars 2021 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale (J.O. du 8 avril 2021)

- des contraintes physiques et psychologiques que leur imposent leur emploi ou leur fonction ;
 - de leur expérience professionnelle ;
 - des possibilités de compensation du déficit ou du handicap.

Les conclusions d'aptitude, les éventuelles restrictions d'emploi ou l'avis sur la possibilité de servir par dérogation aux normes médicales au service ou à l'emploi sont alors portées à la connaissance du commandement par l'établissement d'un certificat médico-administratif d'aptitude. »

- enfin, l'arrêté du 8 juin 2021¹⁹ vient préciser, pour la gendarmerie, les critères d'aptitude médicale à prendre en compte pour l'admission en gendarmerie, le maintien en cours de carrière en distinguant par ailleurs la classification SIGYCOP requise (ainsi que certains critères complémentaires) par corps militaires et pour certains emplois spécifiques.
 - Son article 2 est manifestement contradictoire avec les arrêtés précités du service de santé des armées : « L'aptitude physique et mentale des personnels militaires de la gendarmerie nationale et des candidats à l'admission en gendarmerie nationale est contrôlée à l'occasion du recrutement ou au cours des visites médicales périodiques. Elle est définie sous la forme d'un profil médical chiffré minimum et d'exigences particulières adaptées aux impératifs de la fonction. » Il y a ici une confusion entre les notions d'aptitudes physique et mentale et celles d'aptitudes médicale et psychique.

(b) Les sources de droit relatives au handicap :

- 1. Au niveau des normes internationales :
- La Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées :

La source majeure de droit est la CIDPH. La France a signé la Convention dès le 30 mars 2007 puis le Protocole facultatif le 23 septembre 2008. Autorisé par le Parlement à ratifier ces deux instruments, l'État a procédé à leur ratification formelle le 18 février 2010. La Convention et le Protocole facultatif sont entrés en vigueur en France le 20 mars 2010. Il est à noter que la Convention est également ratifiée par l'Union européenne et produit ainsi des effets via les directives européennes et la jurisprudence de la cour de

¹⁹ Arrêté du 8 juin 2021 fixant les conditions physiques et médicales d'aptitude exigées des personnels militaires de la gendarmerie nationale et des candidats à l'admission en gendarmerie (J.O. du 17 juin 2021) Grégoire CHARLE - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Études en Santé Publique

justice de l'Union européenne (CJUE). Elle est également reconnue par la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) et intégrée dans les motivations de ses décisions.

En application de l'article 4 de la CIDPH, il appartient à l'État partie de prendre toutes les mesures appropriées, d'ordre législatif, administratif ou autre, pour mettre en œuvre, de manière effective, les droits reconnus par la Convention.

La CIDPH interdit toutes les discriminations fondées sur le handicap, à savoir « toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le handicap qui a pour objet ou pour effet de compromettre ou réduire à néant la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel, civil ou autres ».

La discrimination fondée sur le handicap comprend toutes les formes de discrimination, y compris le refus d'aménagement raisonnable.

« On entend par "aménagement raisonnable" les modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou indue apportés, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour assurer aux personnes handicapées la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales » (ONU, 2006, Article 2).

Hors principes généraux, l'article 27 relatif au travail et à l'emploi aborde ces derniers de manière générale sans prévoir de champs exclus de son applicabilité, comme le métier des armes ou les forces de police.

Cette convention est bien à envisager de manière générale comme prônant avant tout l'égalité des personnes handicapées avec les autres, sous tous les aspects de la vie.

• La directive 2000/78/CE²⁰ du 27 novembre 2000 de l'Union européenne.

Cette directive a été instituée afin de créer un cadre favorisant l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail. Elle concerne notamment les discriminations fondées sur le handicap.

²⁰ 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. *Journal officiel n° L 303 du 02/12/2000*. https://eurlex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32000L0078

Cette directive prévoit de manière générale la possibilité (considérant 19 et article 3.4) pour les États de limiter l'applicabilité de la directive aux forces armées. La France n'a fait valoir aucune dérogation.

Cette directive introduit elle aussi dans le droit européen les principes de nondiscrimination et d'aménagements raisonnables. Elle conforte l'effet direct de la CIDPH sur ces aspects.

Elle éclaire toutefois, à travers deux considérants, la situation particulière des forces armées et de police au regard de l'application de la directive :

« (17) La présente directive n'exige pas qu'une personne qui n'est pas compétente, ni capable ni disponible pour remplir les fonctions essentielles du poste concerné ou pour suivre une formation donnée soit recrutée, promue ou reste employée ou qu'une formation lui soit dispensée, sans préjudice de l'obligation de prévoir des aménagements raisonnables pour les personnes handicapées.

(18) La présente directive ne saurait, notamment, avoir pour effet d'astreindre les forces armées ainsi que les services de police, pénitentiaires ou de secours à embaucher ou à maintenir dans leur emploi des personnes ne possédant pas les capacités requises pour remplir l'ensemble des fonctions qu'elles peuvent être appelées à exercer au regard de l'objectif légitime de maintenir le caractère opérationnel de ces services. »

Ces éléments seront étudiés infra avec une interprétation croisée des textes législatifs nationaux de transposition.

2. Au plan législatif national :

La directive européenne a été essentiellement transposée par 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 :

L'art. 31 est ainsi venu modifier la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droit et obligations des fonctionnaires en insérant, à l'art 5 l'appréciation des conditions d'aptitude physique²¹ « compte tenu des possibilités de compensation du handicap », et en instituant un article 6 sexies dévolu au principe de l'aménagement raisonnable.

²¹ La terminologie est à cet égard divergente de celle retenue pour les notions d'aptitude du militaire.

Grégoire CHARLE - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Études en Santé Publique

& de l'Université Rennes 2 - 2020-2021 - 27 -

L'art. 32 modifie diverses dispositions de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État en posant des critères de non-discrimination à raison du handicap pour les candidats aux concours de la fonction publique (« Aucun candidat [...] ne peut être écarté, en raison de son handicap, d'un concours ou d'un emploi de la fonction publique, sauf si son handicap a été déclaré incompatible avec la fonction postulée à la suite de l'examen médical destiné à évaluer son aptitude à l'exercice de sa fonction, réalisé en application des dispositions du 5° de l'article 5 ou du 4° de l'article 5 bis du titre ler du statut général des fonctionnaires »).

Cette loi est venue également préciser juridiquement la notion de compensation du handicap, en la définissant à l'article L114-1-1 du code de l'action sociale et des familles :

« La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie.

Cette compensation consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie, du développement ou de l'aménagement de l'offre de service, permettant notamment à l'entourage de la personne handicapée de bénéficier de temps de répit, du développement de groupes d'entraide mutuelle ou de places en établissements spécialisés, des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté, ou encore en matière d'accès aux procédures et aux institutions spécifiques au handicap ou aux moyens et prestations accompagnant la mise en œuvre de la protection juridique régie par le titre XI du livre ler du code civil. Ces réponses adaptées prennent en compte l'accueil et l'accompagnement nécessaires aux personnes handicapées qui ne peuvent exprimer seules leurs besoins.

Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis. »

La loi n°2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations est venue compléter la transposition :

• en définissant les notions de discrimination directe et indirecte (art. 1);

 en interdisant (art. 2) les discriminations (y compris celles fondées sur le handicap) « 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.

Ce principe ne fait pas obstacle aux différences de traitement fondées sur les motifs visés à l'alinéa précédent lorsqu'elles répondent à une exigence professionnelle essentielle et déterminante et pour autant que l'objectif soit légitime et l'exigence proportionnée ».

3. Jurisprudence et interprétation

S'agissant de la CIDPH, l'effet direct de l'article 5 (principe de non-discrimination des personnes handicapées) a déjà été reconnu (en jurisprudence²² ainsi que par sa transposition via la loi n°2008-496). Le principe d'aménagement raisonnable, au sein de la même CIDPH, est consubstantiel au principe de non-discrimination.

L'effet direct de l'article 27 (travail et emploi) est également acquis (Blatman, 2016, p. 335) sur les points les plus significatifs pour ce qui concerne l'aptitude dans les forces armées. Notamment :

- le droit au travail, sur la base de l'égalité avec les autres
- l'interdiction de la discrimination, fondée sur le handicap, dans tout ce qui a trait au travail et sous toutes ses formes
- la protection du droit des personnes handicapées à bénéficier, sur la base de l'égalité avec les autres, de conditions de travail justes et favorables, y compris l'égalité des chances
- faire en sorte que des aménagements raisonnables soient apportés aux lieux de travail en faveur des personnes handicapées

Une lecture combinée des considérants 17 à 19 de la directive 2000/78/CE renvoie (faute de dispositions spécifiques applicables aux forces armées posées par la France²³) aux conditions de l'article 2 2° de la loi n°2008-496 : « Ce principe ne fait pas obstacle aux différences de traitement fondées sur les motifs visés à l'alinéa précédent lorsqu'elles répondent à une exigence professionnelle essentielle et déterminante et pour autant que l'objectif soit légitime et l'exigence proportionnée ».

https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000032739889/

²² CE, 20 juin 2016, n°383333 (11.).

²³ Défenseur des droits, décision n°MLD-2013-108, 21 juin 2013 (p:5). https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=11719

Le considérant 18 éclaire ainsi la notion d'objectif légitime appliqué aux forces armées, à savoir : « maintenir le caractère opérationnel des services ». Pour autant, l'exigence fixée pour atteindre cet objectif doit être proportionnée. A ce titre, apparaîtrait comme disproportionné d'exiger que les forces armées recrutent des personnes qui ne possèdent pas les capacités requises. De la même façon, serait disproportionné le fait de maintenir dans son emploi une personne qui n'a plus les capacités requises. Mais précisément, le reclassement sur un autre emploi ne justifiant pas de telles capacités (ex: logistique) peut être considéré comme proportionné dès lors que ce reclassement répond à un besoin et qu'il n'a pas pour effet de créer un déséquilibre entre forces actives et non actives (et donc de garantir le maintien du caractère opérationnel des services). Les forces armées ne sont par ailleurs pas déchargées de l'obligation générale de reclassement pour les agents reconnus inaptes de manière définitive à l'exercice de leurs fonctions²⁴. La lecture de la jurisprudence de la CJUE²⁵ est assez éclairante sur la position de la cour relative aux réglementations d'aptitude médicale mettant en place des interdictions définitives et absolues d'exercer certains métiers, sans intégration des capacités de compensation et d'aménagements raisonnables pour les agents concernés. D'ailleurs, des initiatives législatives nationales²⁶ pourraient rapidement influer sur la réglementation militaire.

Le corpus juridique relatif à l'aptitude dans les armées souffre ainsi à l'heure actuelle :

- d'une certaine confusion dans la terminologie employée dans les différents textes applicables ;
- d'une faiblesse relative au niveau normatif des textes constitutifs de l'essentiel du corpus (arrêtés ministériels) au regard des enjeux et conséquences sur la carrière des personnels militaires;
- d'une fragilité au regard des normes de droit international et législatif applicables en matière de non-discrimination et d'égalité des droits des personnes handicapées.

²⁴ CE, n°227868, 2 octobre 2002. https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000008102940/

²⁵ Voir notamment CJUE, arrêt Tartu Vangla, 15 juillet 2021, aff. C-795/19, https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2021-07/cp210134fr.pdf. En l'espèce, la CJUE juge contraire au droit communautaire, notamment la directive 2000/78/CE combinée à la CIDPH, toute réglementation nationale relative à une aptitude médicale qui aboutirait au licenciement d'un agent présentant une déficience auditive, sans que sa capacité puisse être jugée avec l'utilisation d'appareil auditif correctif, sans procéder à une évaluation individuelle, sans évaluer la capacité de le dispenser des tâches nécessitant des seuils de perception sonore fixés par la réglementation et sans évaluer, plus globalement, la possibilité de mettre en place des aménagements raisonnables.

²⁶ Voir notamment la proposition de loi relative aux restrictions d'accès à certaines professions en raison de l'état de santé, dont le parcours législatif et l'appui du Gouvernement laissent penser qu'elle puisse être adoptée définitivement avant la fin de la législature en cours (https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4203_proposition-loi#). Son article 2 prévoit que « l'appréciation médicale de ces conditions de santé particulières prévue par des dispositions législatives ou réglementaires est réalisée de manière individuelle et tient compte des possibilités de traitement et de compensation du handicap. »

En l'état, il est ainsi permis de penser qu'un contentieux engagé par un militaire atteint d'une déficience pourrait mobiliser utilement ces sources de droit pour contester des décisions médico-statutaires et imposer une remise en cohérence des textes applicables.

Il est paradoxal de constater que les textes du service de santé des armées (via l'instruction 2100 du 1^{er} octobre 2003) ont par le passé induit des réglementations nettement plus modernes et conformes aux normes internationales, en ouvrant la voie à la prise en compte de la compensation du handicap, ainsi que l'individualisation de la situation du personnel (poste tenu, expérience professionnelle, responsabilités...) dans l'examen de l'aptitude médicale des militaires, contrairement à l'arrêté du 21 mars 2021 en vigueur. C'est par ailleurs une tendance affirmée dans la législation française pour la fonction publique, à travers l'article 1 de l'ordonnance du 25 novembre 2020²⁷ inspiré explicitement par « l'objectif de non-discrimination au regard de l'état de santé des candidats aux emplois publics »²⁸, fondement même de la CIDPH. Aucune administration n'est dégagée des obligations induites par la CIDPH et des aménagements raisonnables.

L'état actuel de la jurisprudence invite par ailleurs à un examen au cas par cas des situations, en tenant compte des capacités réelles des personnes à exercer des fonctions et non *in abstracto* de ces dernières, c'est-à-dire en application « par principe » d'une inaptitude liée à la seule présence d'une pathologie ou d'une infirmité, et à une appréciation fondée sur l'état de la personne au moment de l'examen médical : « l'appréciation ne peut porter que sur la capacité de chaque candidat, estimée au moment de l'admission, à exercer les fonctions auxquelles ces corps donnent accès »²⁹. Le Conseil d'État affirme ainsi nettement les attendus relatifs à l'évaluation des capacités réelles, tout comme celui de limiter l'évaluation au strict moment de l'admission, sans poser de diagnostic prédictif sur toute pathologie décelée. « Le conseil médical de l'aviation civile s'est fondé sur la seule circonstance que celui-ci est séropositif au virus de l'immunodéficience humaine, sans rechercher si l'affection est entrée dans une phase évolutive, et alors même que le requérant soutient, sans être contredit, que son état physique ne justifie aucun traitement médical. »³⁰

²⁷ Ordonnance n°2020-1447 du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042565176

²⁸ Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042565170

²⁹ CE, 6 juin 2008, n°299943. https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000018935360/30 CE, 28 juin 2006, n°280157.

Les juridictions administratives³¹, tout comme le Défenseur des droits³², s'appuient désormais sur ces arrêts tout comme sur le bloc normatif de la non-discrimination. L'application du barème SIGYCOP conduisant à une déclaration d'inaptitude, sans évaluation *in concreto* des capacités de la personne concernée au regard de ses fonctions, des moyens de compensation et possibilités d'aménagements raisonnables, risque désormais de manière constante d'être regardée comme discriminatoire.

C) Perception

De nombreux pays mettent désormais explicitement en avant l'inclusion des personnes handicapées dans les armées.

L'US Air Force mettait ainsi récemment à l'honneur la réintégration, en unité opérationnelle, d'une pilote amputée :



She never doubted that she would return to serving her country and flying.

This 2009 grad is the first female amputee in Air Force history to return to flying duty. The National Character and Leadership Symposium welcomes Maj. Christy Wise!

See her Feb. 25 and 26 in the first all virtual NCLS. Seats are limited so register today at: https://lnkd.in/e8ke5KP

#YourAcademy #AirForce #Leadership



Illustration 5: Commandante Wise, USAF. Source: compte LinkedIn officiel USAF Academy

³¹ Voir par exemple, TA Orléans, 23 octobre 2012, n°1000346. https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=4146. Décision annulant la non-admission dans le corps des sous-officiers de carrière d'un gendarme atteint de sclérose en plaques.

³² Défenseur des droits, 15 avril 2021, n°2021-092. https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php? explnum_id=20623

En Suisse, la presse³³ évoquait le cas du recrutement d'un soldat en fauteuil roulant :



Illustration 6: Nouh Arhab, première recrue en fauteuil roulant de Suisse, au centre de recrutement de l'armée à Payerne, le 29 avril 2021. Source : site letemps.ch

De son côté, Israël a mis en oeuvre un « programme d'inclusion des personnes handicapées de Tsahal » qui a, par exemple, permis à un jeune homme porteur de trisomie 21 de servir sous l'uniforme³⁴.

³³ Lugon, L. (2021, 4 mai). *Nouh Arhab, dans sa chaise roulante : mission soldat.* Le Temps. https://www.letemps.ch/suisse/nouh-arhab-chaise-roulante-mission-soldat

³⁴ Le programme d'inclusion des personnes handicapées de Tsahal. (s. d.). Site officiel de Tsahal, version française. Consulté le 25 juin 2021, à l'adresse https://www.idf.il/fr/minisites/dans-la-peau-dun-soldat/sp%C3%A9cial-en-uniforme/



Illustration 7: sergent-chef Zohar Siluk, atteint du syndrome de Down. Source : site www.idf.il

De manière nettement plus explicite, la ministre fédérale allemande de la Défense mit à jour en décembre 2019 sa directive³⁵ pour l'inclusion des personnes gravement handicapées au sein de la BundesWehr, en la présentant directement comme une application de la CIDPH: « Le changement de paradigme associé dans la politique en matière de handicap, qui s'éloigne de la condescendance à l'égard des personnes concernées pour s'orienter vers l'intégration, est la base décisive de la réglementation suivante pour la BundesWehr avec ses particularités. » Plus spécifiquement, la directive, qui s'applique également au personnel militaire, spécifie que « les postes purement militaires ne peuvent toutefois être occupés par des personnes gravement handicapées, conformément aux lignes directrices applicables, que si leur aptitude à remplir les tâches du poste spécifique a été déterminée au moyen d'un examen au cas par cas. »

Si la philosophie générale de la directive n'est pas, dans une logique pragmatique évidente, de permettre l'accès des soldats handicapés à toutes les fonctions dans toutes les unités, notamment les plus exposées, elle ne fait pas non plus de la non-réussite aux tests d'aptitude généraux (car « ils ne font pas partie du profil d'exigences mais font

³⁵ Ministère fédéral allemand de la Défense. (2019, décembre). *Instruction centrale A-1473/3 - inclusion des personnes gravement handicapées*. (Traduction https://www.bundeswehr.de/resource/blob/3676266/740b6a0d83ea2d9106d67ba3f3a62e3f/A-1473-3-V3-H-20200101%20Foerderung%20der%20Inklusion.pdf

régulièrement partie de la procédure de sélection ») un obstacle définitif à l'intégration en tant que militaire dans la BundesWehr. Les questions de recrutement et de poursuite de service sont appréhendées si « une poursuite du service est possible et dans le cadre de laquelle le soldat peut continuer à être utilisé d'une manière adaptée à son handicap - si possible dans son domaine de spécialisation, de formation et de série d'affectations ou dans son domaine de service, sa carrière ou son domaine de compétence ». C'est ainsi la compétence et les possibilités de parcours de carrière conformes au profil qui sont recherchées avant de statuer sur l'inaptitude.

En dehors du champ militaire, les exemples de « capabilité » des personnes handicapées sont légion. Nous pourrons ainsi citer, comme exemples emblématiques, Damien Séguin, premier skipper handisport 17, la championne paralympique Marie-Amélie Le Fur 18, et tant d'autres. Dernièrement, l'agence spatiale européenne lançait sa 4 campagne de recrutement de spationautes en ouvrant explicitement celle-ci au recrutement de « parastronautes ». Guillaume Weerts indique ainsi que l'agence tient « à briser un mythe. Nous ne cherchons pas des super-héros mais des personnes qualifiées pour ce job. Les critères, y compris médicaux, sont de moins en moins restrictifs, même si, bien sûr, le nombre de postes à pourvoir est extrêmement restreint. Nous focalisons nos demandes pour répondre à ce qui est exigé dans l'espace, par exemple gérer le risque, mais sans forcément sélectionner des athlètes. Il suffit donc d'être en bonne santé, physique et psychologique, et surtout compétent. Si cette étude s'avère positive, ce projet ouvrira une opportunité de vol pour une ou plusieurs personnes handicapées » Ce type d'emploi est pourtant réputé, en termes d'exigences et de contraintes, à un niveau tout à fait comparable avec la vie militaire.

Ces exemples illustrent parfaitement que la situation de handicap n'est pas directement corrélée à une déficience mais bien à la confrontation contextualisée entre les capacités le cas échéant compensées de l'individu, les facteurs environnementaux et les attendus en termes de réalisation des rôles sociaux et professionnels.

³⁶ Concept développé par A. Sen, « Les *capabilités* seraient donc les possibilités réelles des personnes d'être ce qu'elles aimeraient être et de faire ce qu'elles aimeraient faire. » (Robeyns, 2007. p.45)

³⁷ Né sans main gauche et non appareillé, il a réalisé le Vendée Globe 2020 en 80 jours et près de 22 heures, soit seulement 18 heures de plus que la vainqueur Y. Bestaven (https://informations.handicap.fr/a-vendee-globe-damien-seguin-seule-main-zero-limite-13352.php)

³⁸ Amputée du tiers inférieur de la jambe en 2004, elle est par la suite devenue multi-championne paralympique et recordwoman du monde handisport. Son amputation, malgré des capacités de toute évidence très performantes, a empêché la concrétisation de son projet professionnel d'intégrer les sapeurs-pompiers (https://www.marie-amelie-lefur.fr/)

³⁹ Guillaume Weerts, responsable de la gestion du centre des astronautes européens, cité par handicap.fr le 31/03/2021 (https://informations.handicap.fr/a-agence-spatiale-europenne-recrute-parastronautes-30347.php)

A l'orée de l'homme augmenté, de la robotisation du champ de bataille, qui de facto considèrent dans certaines situations l'incapacité naturelle de l'être humain à accomplir certaines missions et/ou s'exposer à certains risques, la conception sociale du handicap est plus que jamais d'actualité. Nous nous rappellerons à cette occasion les polémiques sur les « avantages technologiques » ayant accompagné la sélection de l'athlète handisport Oscar Pistorius, et d'autres après lui, parmi les valides⁴⁰, ce que note d'ailleurs Viet (2015, p. 357) par rapport à des constats vieux d'un siècle : « des prothèses pouvaient même, dans certains cas, décupler les capacités physiques de l'opérateur et "faire corps" avec la pièce usinée ou la machine en mouvement ».

Au surplus, il est important d'avoir à l'esprit qu'un nombre probablement significatif de militaires sont actuellement déjà en situation de handicap (que les déficiences soient acquises ou congénitales), et en activité. Leur volume est difficile à estimer, car la nonsoumission des forces armées à l'OETH a pour conséquence l'absence de collecte de données pertinentes en la matière. Toutefois, les profils de blessés rencontrés⁴¹ ainsi que des situations individuelles spécifiques⁴² portées à la connaissance de la MAH laissent peu de doute quant à la possibilité d'obtention, pour ces militaires concernés, d'une reconnaissance administrative du handicap (notamment la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé⁴³ – RQTH). Il est probable que parmi les militaires faisant le choix, en cours de carrière, de masquer leurs difficultés de santé au médecin militaire, il y ait également une diversité de situations entrant dans ce cadre.

D'autres exemples mettent en lumière la non-corrélation entre les capacités des individus, les attendus en termes d'employabilité et l'effet de normes générales non circonstanciées sur leur aptitude et leur éviction administrative. Nous pourrons ainsi citer une jeune athlète, sportive de haut niveau intégrée à l'armée de champions au titre de la gendarmerie nationale⁴⁴, plus de 3 200 sauts dans le civil et multi-médaillée mondiale en parachutisme... privée de l'aptitude médicale au parachutisme militaire en raison d'une opération chirurgicale réalisée aux yeux. Nous citerons également le cas d'une jeune femme, reçue au concours d'officier de gendarmerie, déclarée inapte définitive à son

⁴⁰ https://informations.handicap.fr/a--2558.php

⁴¹ Cf Partie 2

⁴² Entre autres :

⁻ une jeune sous-officière, officier de police judiciaire, affectée en unité territoriale et en cours de diagnostic pour des troubles du spectre autistique (syndrome d'Asperger), rencontrant de grandes difficultés dans l'adaptation de son environnement de travail et de ses tâches à ses spécificités

⁻ un jeune sous-officier, atteints de troubles DYS (dysorthographie) et sollicitant des tiers-temps pour les concours et examens internes, informé en retour que son trouble de l'apprentissage peut entraîner des conséquences sur son aptitude à servir (classement G2 à G6).

⁴³ Prévue par l'article L5213-1 du code du travail, dont la formulation est particulièrement large : « 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. »

⁴⁴ Léocadie Ollivier de Pury. https://leocadieollivierdepury-07.webself.net/accueil

intégration à l'école des officiers de la gendarmerie nationale (EOGN), pour un classement « G6 » lié à une allergie alimentaire (pourtant identifiée sur des aliments excluables). L'application stricte des normes médicales aurait par ailleurs privé la gendarmerie de figures célèbres, comme le général Béteille⁴⁵ ou le lieutenant-colonel Vérines⁴⁶. Dans les armées, sans se livrer à d'amples recherches historiques, citons la légion étrangère qui serait à jamais contrainte de fêter Camerone sans la main du capitaine Danjou⁴⁷, qui ne serait jamais passé à la postérité.

L'argument relatif à la diminution de la performance collective d'une institution ouverte au handicap est régulièrement battu en brèche par les recherches académiques dans ce domaine (Barel & Frémeaux, 2010, §1.1.2), démontrant au contraire l'intérêt économique d'une politique diversité orientée vers l'intégration de salariés handicapés (motivation, fiabilité, impact sur l'absentéisme, impact sur la productivité globale, sur les pratiques de travail, etc.). Il est également important de noter, dans le même ordre d'idées, que la présence et le maintien de militaires « inaptes » au regard des normes médicales actuelles peut influer positivement sur le vivier de recrutement de talents particuliers, mais également sur la marque employeur des forces armées (donc sur le recrutement général et la fidélisation des militaires), ainsi que sur la rentabilisation des compétences des blessés et inaptes, donc sur « l'investissement » réalisé par l'institution en termes de formation et d'expérience professionnelle sur les militaires concernés.

Un détour à ce stade par le milieu civil peut permettre d'éclairer complémentairement le sujet de l'aptitude. Ainsi, l'IGAS (2015) remettait en question « la pertinence médicale de la notion d'aptitude » (§9) et la fiabilité des examens médicaux d'aptitude à l'embauche (§215), en raison notamment de la relation de confiance non construite avec le médecin (§219). Elle pointe également l'illusion de la prévisibilité de l'évolution de l'état de santé du patient : « la plupart des interlocuteurs médicaux de la mission ont souligné l'absence de caractère prédictif de l'avis d'aptitude émis lors d'une visite médicale par le médecin du travail. Il traduit une photographie, imparfaite, d'un état de santé du salarié à un instant précis. Il ne saurait présager de son évolution ultérieure » (§226). « Il semblerait, du point de vue de l'employeur, du juriste, de l'inspecteur du travail, et du code du travail, que l'aptitude délivrée par le médecin du travail reviendrait à

⁴⁵ Né en 1763, décédé en 1847. Gravement blessé à la bataille de Villodrigo en 1812. Il a été blessé à 15 reprises et a fait 17 campagnes. Il est le parrain de la promotion de l'EOGN de 1925.

⁴⁶ Né en 1894, décédé en 1943. Il a perdu un œil durant la Première Guerre mondiale. Il poursuit sa carrière dans la gendarmerie et s'illustre dans la Résistance. Il est le parrain de la promotion de l'EOGN de 1948.

⁴⁷ En 1863, un contingent de la légion étrangère, commandé par le capitaine Danjou affronte le 30 avril en forte infériorité numérique une troupe mexicaine dans la localité de Camerone. Ce combat, associé au serment fait par les soldats français de lutter jusqu'au bout, est célébré tous les ans par la légion étrangère. Lors de la cérémonie, la main gauche articulée en bois du capitaine Danjou, qui était amputé et appareillé depuis un accident en 1853, est exhibée.

« déterminer, a priori, si, individuellement, du fait de son état de santé, un sujet "sain" va courir un risque. Or, ce n'est pas du domaine du pronostic médical mais de la prévision qui est une notion probabiliste qui s'applique à des groupes et non à des individus. Fort utile en santé publique, cette notion ne se prête pas un processus de certificat individuel » (§227). Il s'agit du reste d'un constat déjà fait par Lalanne Berdouticq (2020) s'agissant de la Première Guerre mondiale, comme par Viet (2015) qui évoquait un « raisonnement probabiliste appliqué à des données médicales et sanitaires ». Enfin, l'IGAS estime que les examens d'aptitude ne constituent pas une garantie juridique pour l'employeur : « au terme des auditions auxquelles elle a procédé et à l'examen des textes en cause et de la jurisprudence de la Cour de cassation, la mission ne partage pas ce point de vue. Elle estime plutôt que la notion d'aptitude n'apporte pas la protection juridique que les employeurs lui attribuent » (§237). « La protection de l'employeur est [ainsi] illusoire sur le plan juridique ».

D) Pistes d'évolution

La prise en compte des compétences des personnes handicapées, la compensation et les aménagements raisonnables permettent aujourd'hui de plus en plus largement d'ouvrir les types d'emploi aux personnes handicapées en évaluant *in concreto* leurs capacités réelles au regard des attendus dans les postes. Au-delà des seuls aspects juridiques qui rendront immanquablement le *statu quo* de plus en plus intenable, ces constats le rendent également inopportun, en tant qu'ils constituent à ce jour l'un des principaux obstacles à la participation sociale⁴⁸ des blessés.

L'un des facteurs de réussite pour une telle évolution est avant tout de travailler sur les stéréotypes liés au handicap, essentiellement des images négatives issues de l'approche biomédicale et défective du handicap (où l'on pense par défaut que les personnes ne sont pas en capacité de répondre à des exigences professionnelles), pour se concentrer sur une approche positive valorisant les compétences des personnes, montrant et démontrant leurs capacités réelles et la valeur ajoutée qu'elles peuvent apporter, ou continuer à apporter, à l'institution. Il faut par ailleurs considérer que le handicap est situationnel et issu d'une confrontation entre facteurs personnels et environnementaux pour la réalisation des habitudes de vie⁴⁹. On peut ainsi être porteur

^{48 «} La participation sociale consiste à exercer ses droits. Participer socialement signifie avoir la possibilité de jouer ses rôles de citoyen dans la vie de tous les jours. Et j'insiste sur la distinction entre être capable de et puis avoir la possibilité de. Préparer les repas, élever nos enfants, travailler, avoir des loisirs et des relations sociales sont autant d'activités et de rôles sociaux que réunit l'expression participation sociale. Elle correspond donc à la fois aux attentes d'une personne et à celles du contexte dans laquelle elle évolue pour pouvoir être considérée comme un homme ou une femme ordinaire. » (Fougeyrollas, 2009, p. 167)

^{49 «} Les habitudes de vie sont ce que les gens font dans leur quotidien, ce qui a de la valeur pour eux et qui fait sens. Elles consistent en des activités courantes ou des rôles sociaux valorisés par la personne ou par son contexte socioculturel. Elles assurent la survie et l'épanouissement de la personne tout au long de son *Grégoire CHARLE - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Études en Santé Publique*

d'incapacités significatives sans pour autant être en situation de handicap, pour peu que les obstacles à la réalisation des habitudes de vie soient effacés.

Les concepts de la compensation et des aménagements raisonnables peuvent ainsi viser à substituer au triptyque inaptitude/dérogation à servir/restriction d'emploi une démarche ramenant dans la norme d'aptitude une part des personnels dont la déficience est pour tout ou partie compensable.

Cette démarche pourrait ainsi atténuer les conséquences opérationnelles en ramenant une part des personnels inaptes vers une meilleure employabilité. Il semble donc opportun d'explorer pleinement cette possibilité qui nécessiterait :

- de modifier pour partie les arrêtés encadrant les normes médicales tout comme
 l'exercice de l'appréciation de la classification lors des visites médicales;
- d'intégrer tous les outils de maintien dans l'emploi et d'adaptation de postes au profit des travailleurs handicapés (ex : accessibilité des prestations du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique – FIPHFP).

2 Améliorer la participation sociale des blessés par une meilleure prise en compte des besoins

« Les personnes qui vivent avec un handicap n'ont pas besoin de compassion : le respect suffira à leur bonheur ! » (Pr Pierre Le Coz, conférence Éthique et Handicap, 7 avril 2021)

2.1 Présentation du projet

2.1.1 Objectifs

Cette partie de recherche vise à compléter l'approche conceptuelle par une approche résolument humaine et tournée vers les concernés au premier plan, les blessés eux-mêmes, en s'intéressant spécifiquement aux questions de recherche suivantes :

- Quels sont les freins et les leviers matériels et symboliques à la participation des personnes handicapées au métier des armes ?
- Quelles sont les revendications des blessés/personnes handicapées en matière de participation dans la gendarmerie ?
- Comment professionnaliser et mieux coordonner le processus d'accompagnement des blessés sans marge d'effectifs dédiés ?

Comment introduire et rendre effectifs les aménagements raisonnables dans une institution où le personnel est appelé à servir « en tout temps et en tout lieu » ?

2.1.2 Acteurs et fonctionnement actuels de l'accompagnement des blessés

L'accompagnement des blessés au sein de la gendarmerie nationale relève d'un « écosystème » diversifié d'acteurs, qui peuvent être schématiquement représentés cidessous. Le choix a été fait de les faire figurer parallèlement aux échelons administratifs afin de bien appréhender les niveaux d'intervention des acteurs et leur « distance », fonctionnelle et potentiellement géographique, au regard du militaire concerné. Pour des questions de simplification, seule la chaîne générale de la gendarmerie départementale a été représentée, mais elle demeure transposable aux autres subdivisions d'arme⁵⁰, aux unités et formations spécialisées.

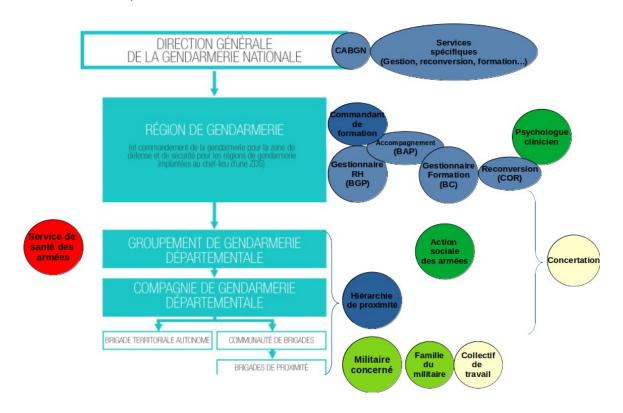


Illustration 8: Schéma des acteurs de l'accompagnement du blessé en Gendarmerie

Suivant les niveaux, les prérogatives et champs d'action respectifs des acteurs sont les suivants :

- 1. Au plus proche du militaire :
 - la famille ;
 - le collectif de travail;

⁵⁰ Outre la gendarmerie départementale, la gendarmerie mobile et la garde républicaine.

Grégoire CHARLE - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Études en Santé Publique

& de l'Université Rennes 2 - 2020-2021 - 40 -

- la hiérarchie de proximité, en particulier les commandants d'unité élémentaire et les commandants des unités de niveau compagnie ou assimilé ;
- le conseiller concertation de niveau 1 (CC1): la chaîne de concertation « contribue à la continuité permanente du dialogue interne et permet à chaque militaire de participer à la prise des décisions relatives à la vie courante de son unité⁵¹. » Les conseillers concertations « représentent tous les militaires et informent à leur niveau les autorités auprès desquelles ils sont placés des préoccupations d'ordre professionnel, social ou moral qui intéressent les militaires qu'ils représentent, donnent leur avis sur les aspects touchant aux conditions de vie et de travail au sein de leur formation et participent à la circulation de l'information au sein des unités. »

2. Au niveau du groupement de gendarmerie départementale (département) :

- le commandant de groupement de gendarmerie départementale (CGGD) ;
- le conseiller concertation de niveau 2 (CC2);
- l'assistant social (AS) de l'action sociale des armées, dont le rôle est d'informer, orienter et aider sur différents plans (moral, psychologique, administratif, financier, etc.) les personnels qui le souhaitent. Cette aide peut prendre la forme de conseil, de constitution de dossier administratif, de mise en relation avec le service compétent, d'aides financières...;

3. Au niveau de la région de gendarmerie :

- le commandant de région (CDR), exerçant les fonctions de commandant de formation administrative, exerce la plupart des prérogatives de gestion à l'égard du militaire non officier, dont la mobilité, et dispose des entités d'appui énoncées infra.
- le bureau d'accompagnement du personnel (BAP), qui exerce des prérogatives dans le champ médico-statutaire, de la protection fonctionnelle, de la chancellerie, de l'accompagnement social et de la reconversion.
- le centre d'orientation et de reconversion (COR), attaché au BAP, qui doit essentiellement informer et conseiller les personnels souhaitant s'inscrire en démarche de reconversion, conduire les entretiens individualisés et « participer activement « au soutien des personnels [...] placés en position de réforme en les orientant vers les MDPH : offres d'emplois spécifiques, conseil, information, mise en relation avec les organismes liés à l'emploi⁵² » ;

⁵¹ Arrêté du 23 juin 2016 relatif à la chaîne de concertation au sein de la gendarmerie nationale (J.O. du 8 juillet 2016).

⁵² Circulaire n°6000/GEND/DPMGN/SDAP/BRECONV du 30 janvier 2014.

- le bureau de gestion du personnel (BGP), qui anime et prépare les décisions du CDR en matière de gestion des personnels non officier (avancement, mobilité, etc.);
- le bureau des compétences (BC), notamment chargé de la mise en œuvre de la politique régionale de formation;
- le psychologue clinicien: dans le cas présent, son rôle est « de mettre en place des entretiens individuels à visée psychothérapeutique à moyen terme, à la demande de personnels présentant une souffrance d'origine professionnelle ou en lien avec le travail »⁵³;
- le conseiller concertation de niveau 3 (CC3) ;

4. Au niveau central:

- la CABGN : son rôle est « de répondre de la manière la plus précise aux questions de tous ordres (administratif, médico-statutaire, pécuniaire...) et de favoriser l'échange d'informations entre le gestionnaire et le service de santé des armées (SSA), d'optimiser l'aide apportée aux blessés et à leurs proches, de répondre aux difficultés matérielles liées à la blessure et ses conséquences, de faciliter, le cas échéant, les démarches de réinsertion. »⁵⁴
- les bureaux de gestion du personnel, en particulier pour les populations à gestion nationale (officiers, spécialistes, corps de soutien...);
- le bureau de l'action sociale (BAS): outre l'animation et la coordination de l'action sociale au profit des personnels de la gendarmerie, le BAS prépare les décisions médico-statutaires relatives aux placements en congé de longue maladie⁵⁵ (CLM) ou de longue durée pour maladie⁵⁶ (CLDM), ainsi que les rappels à l'activité des militaires placés dans ces positions.

La présentation des différents acteurs montre :

- la complexité de l'organisation de l'accompagnement d'une situation de militaire blessé, notamment dans sa dimension de pilotage et de coordination des réponses des différents acteurs. En particulier, si le BAP semble naturellement prédisposé à tenir une position « menante » sur l'accompagnement des situations, les entretiens conduits, comme de précédents travaux (Dubois, 2017), tendent à démontrer que la diversité des missions et le dimensionnement de ces entités constituent des obstacles à la pleine appropriation de cette mission ;

⁵³ Circulaire n°65500/GEND/SRH/SDAP du 26 août 2009.

⁵⁴ Circulaire n°96000/GEND/DPMGN/SDAP/BCHANC du 29 décembre 2015.

⁵⁵ Prévu aux articles L4138-13 et R4138-58 du code de la défense.

⁵⁶ Prévu aux articles L4138-12 et R4138-47 du code de la défense.

- l'éloignement relatif de la plupart des acteurs par rapport au militaire concerné. Cet

éloignement est facteur de risque en matière d'individualisation et personnalisation de la

connaissance des situations et des relations avec le personnel concerné. Il pose

également la question de l'interface avec le personnel concerné.

Ces aspects seront discutés en regard des conclusions de l'enquête menée.

2.2 Enquête

2.2.1 Méthodologie

A) Données disponibles :

Les effectifs militaires de la gendarmerie nationale ne sont pas légalement

intégrés à l'OETH du ministère de l'Intérieur⁵⁷. La DGGN, n'ayant aucun besoin spécifique

de recueillir à ce titre les divers motifs de bénéfice de l'obligation d'emploi pour ses

personnels militaires, ne dispose pour cette population d'aucune donnée pertinente à

100 % et spécifiquement ciblée sur le repérage et le suivi du handicap.

Les personnels militaires ne remplissant plus les normes médicales d'aptitude en

cours de carrière et déclarés inaptes à servir, sont soit dirigés vers une sortie de l'emploi

(réforme pour raisons de santé), soit vers une poursuite d'activité en bénéficiant d'une

dérogation à servir aux normes médicales d'aptitude.

Toutefois, certaines données peuvent permettre, isolément ou mises en

cohérence les unes avec les autres, d'avoir une approche des personnels militaires

touchés par le handicap et concernés par une problématique de maintien en emploi. Voici

les principales :

• Volume de personnels réformés pour inaptitude définitive à servir :

o 2018:113

o 2019:100

o 2020 (à date) : 123

Volume de dérogations à servir aux normes médicales d'aptitude accordées⁵⁸ :

o 2018:353

o 2019:445

57 L'OETH pour les employeurs publics est régie par les articles L323-2 et L5212-2 du code du travail. Le statut militaire, prévu par le code de la défense, n'est soumis ni code du travail ni à la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, qui prévoit l'OETH dans la fonction publique (article 33).

58 Ces volumes incluent les renouvellements de dérogation liés à des mobilités

- 43 -

Volume de placements en congés de longue maladie/congé de longue durée pour maladie:

> o 2018:233 o 2019:314

Volume (stock) de personnels frappés d'inaptitudes « lourdes⁵⁹ » :

o au 31/12/2018 : 1 359, dont 144 pour des blessures ou maladies contractées en service ou à l'occasion du service

o au 31/12/2019 : 1 535

Volume annuel de personnels en contact avec la chaîne reconversion⁶⁰ déclarant avoir un problème d'inaptitude/handicap :

> o 2018:136 o 2019:135

o 2020 (1er semestre): 64

Au-delà, le système d'information ressources humaines (SIRH) de la gendarmerie, dénommé Agorha, répertorie dans chaque dossier informatisé individuel des données médicales et médico-statutaires, notamment :

- dates et résultats des visites médicales périodiques (VMP) en termes d'aptitudes ou de catégories de restrictions d'emploi ;
- date des blessures, nature (en/hors service, blessure de guerre), catégorie de circonstance, taux d'invalidité afférent, arrêts maladie et/ou incapacité totale de travail liés.

En complément et afin d'améliorer le suivi des blessés de la gendarmerie par les acteurs dédiés, tel que souhaité par les parlementaires⁶¹, la mission du système d'information Agorha a implémenté en 2020 un outil spécifique de déclaration et de suivi des blessés qui améliore significativement la capacité de détection et d'accompagnement des situations. L'enjeu reste de déceler au plus tôt les situations qui auront des répercussions à terme sur l'employabilité, l'aptitude médicale, la situation médicostatutaire d'un personnel blessé, et de savoir discerner ces situations, dans le flux des déclarations, des blessures aux conséquences moins graves, à tout le moins temporaires.

⁵⁹ Sont comptabilisées les inaptitudes de catégories 2 (au sein de la gendarmerie mobile et de la garde républicaine, il s'agit des restrictions substantielles au service de ces subdivisions, telles que les services de maintien de l'ordre, outre-mer et OPEX) ou 3 (restriction importante d'emploi ayant une incidence sur l'exécution des services, telles que l'aptitude au port de l'arme, au tir, à la conduite des véhicules légers, au service externe).

⁶⁰ Source : Bureau de la valorisation et de la transition professionnelle

⁶¹ Voir le rapport d'information en conclusion des travaux d'une mission d'information sur le suivi des blessés de la commission de la Défense et des forces armées (p. 15 à 27).

L'outil présente néanmoins des limites :

- les conséquences de l'accident sont focalisées sur les données médico-statutaires (volume arrêts maladie, durée d'hospitalisation...);
- la saisie des circonstances ne permet pas de discerner les conséquences concrètes de l'accident sur le personnel concerné, donc d'anticiper leur évolution ;
- ces données sont collectées uniquement dans le cadre des accidents survenus en service, éludant ainsi la large frange des blessures hors service, et de leurs conséquences potentielles en termes de handicap, et des maladies.

Le délai de l'enquête était incompatible avec l'objectif de pallier l'absence de données quantitatives pertinentes, cette voie n'a pas été mise en œuvre. Elle constitue cependant un levier d'amélioration future de l'évaluation de l'accompagnement des blessés important dont il sera débattu infra.

B) Méthodologie générale :

La recherche s'est globalement appuyée sur une enquête qualitative auprès des blessés de la gendarmerie. Celle-ci a été essentiellement adossée à des entretiens (trame et méthodologie figurant en annexe I). L'enquêteur a pu compléter ses données par le biais de l'étude des dossiers personnels.

Elle a pu être étayée au moyen de douze entretiens incluant l'environnement interagissant avec ceux-ci (hiérarchie, gestionnaire ressources humaines, assistant social, médecin militaire...). Il a paru délicat de procéder à d'autres méthodes de recueil de données telle que l'observation en situation, à la fois pour des questions de temps et en raison de la configuration du terrain d'études, constitué par plus de 3 000 emprises géographiques sur le territoire national. Pour des questions de temps, les aidants (conjoints notamment) n'ont pas été sollicités.

Plusieurs difficultés se sont posées pour aborder efficacement le terrain d'études lors de cette recherche.

La première tient à la qualité et au positionnement du chercheur. Jeune officier supérieur, affecté à la direction générale de la gendarmerie, il peut incarner pour les enquêtés l'archétype de ce qu'ils considèrent comme déconnecté de la réalité et inspirer par préjugé réserve voire méfiance. L'enjeu est donc de pouvoir susciter la confiance dans la démarche et le cas échéant de mettre en place, via une recherche participative, les conditions d'un échange entre pairs qui par nature peut lever ces obstacles au recueil de données complètes et objectives.

Il reste néanmoins important que le chercheur puisse lui-même s'imprégner des expériences et être directement impliqué dans la démarche et le recueil afin de sortir de ses propres représentations et constructions issues de sa formation et de son expérience professionnelle, et consolider la neutralité et l'objectivité de sa recherche.

Les conditions de confiance ont aussi été créées par une démarche très claire s'agissant du consentement et de l'anonymat, ce deuxième aspect étant particulièrement important car il faut éviter à tout prix que les enquêtés puissent nourrir des inquiétudes quant à l'impact de leurs réponses sur leur propre situation médico-statutaire. La présentation de la démarche de recherche, et ses garanties, fut donc cruciale pour les résultats. La démarche relative aux blessés enquêtés a ainsi pu être totalement transparente sur le contexte, les objectifs et les modalités de réalisation. L'accueil de la démarche a été très positif, et a même suscité un étonnement et un grande satisfaction associée, la plupart des blessés enquêtés n'ayant jamais été approchés par quiconque dans l'optique de faire un bilan sur leur parcours et les conditions de leur accompagnement. Sur le plan technique, les entretiens ont quasi-intégralement été réalisés en visio-conférence, tenant compte du contexte sanitaire comme de l'éloignement géographique important de la plupart d'entre eux. Ils ont fait tantôt l'objet d'un enregistrement et d'une transcription ultérieure, tantôt d'une transcription instantanée. La trame d'entretien figurant en annexe I n'a pas été communiquée aux enquêtés. Son existence a été simplement mentionnée comme outil pour relancer l'entretien le cas échéant, ou aborder des sujets non évoqués spontanément par les blessés. L'objectif était donc d'obtenir des entretiens les plus spontanés et le moins directifs possibles. L'expérience a d'ailleurs montré que les blessés avaient beaucoup à évoquer et avaient eux-mêmes analysé en profondeur leur parcours et pouvaient ainsi restituer leur vécu, leurs attentes, leur analyse avec un minimum d'interférence de l'enquêteur.

La seconde limite tient à l'échantillonnage de la population enquêtée. Les délais de réalisation rendent assez illusoire la constitution d'un échantillon représentatif et significatif, comprenant probablement plusieurs centaines d'individus à l'échelle d'une institution de plus de 98 000 personnels militaires. Le terrain a conduit aussi à envisager toute forme de déficience et une influence potentielle importante de l'environnement géographique et humain spécifique à la situation vécue. Plus l'échantillon est réduit, plus il est sensible à ces biais de représentation impactant négativement les résultats tout comme l'intersubjectivité (Gardien, 2020) et sa légitimité ultérieure.

Il a fallu rester vigilant quant à l'intégration du facteur temps dans les situations enquêtées. En effet, le « moment » dans le parcours propre du blessé influence nécessairement son expérience et les données qui en sont issues.

C) Quelle place pour les personnes concernées ?

Contrairement à l'ensemble des études conduites sur le sujet à ce jour, issues des états-majors avec leur propre expérience et guidées majoritairement par les problématiques institutionnelles, la démarche a été guidée par l'intention de faire sens pour la population concernée et, ainsi, construire des propositions adaptées et plus efficaces dans leurs effets. L'objectif est donc de mesurer un écart entre le dispositif d'accompagnement des blessés tel que pensé par l'administration centrale et ses effets concrets produits sur les personnels concernés, sur leur expérience des parcours vécus tant en termes d'accompagnement que de situations de handicap

Il a paru ainsi essentiel d'entrer a minima dans une démarche participative qui se heurte à l'écueil principal suivant : la recherche vise à apporter des solutions à un sujet très sensible, impactant potentiellement le statut, au sein d'une institution hiérarchisée. Il a semblé dès lors trop délicat, voire risqué pour l'efficacité générale de la démarche, de partager à 100 % une démarche participative, notamment sur les étapes de problématisation, d'exploration et d'exploitation des données. En revanche, associer des blessés choisis (il existe quelques situations symboliques), avec lesquels un lien de confiance peut être établi, afin de construire et ajuster les trames d'entretien voire les questionnaires utilisés a permis d'améliorer la pertinence et la résonance expérientielle qui légitiment la démarche et conditionnent la qualité des résultats. Le chercheur devra en revanche conserver un regard critique quant à la subjectivité et l'influence de la situation propre du blessé impliqué dans cette démarche, comme précisé par Gardien (2020).

Un réserviste citoyen a été impliqué dans la démarche. Fils et frère de gendarmes dont il maîtrise pour partie les parcours de vie et contextes professionnels, lui-même en situation de handicap et véhiculant des représentations très différentes de celles du chercheur, il fut porteur d'une forme atypique de participation.

D) Échantillonnage

L'objectif initial a été de constituer un échantillon minimal en termes de volume pour être significatif en termes de résultats. La significativité semble avoir été atteinte par des résultats corroborés d'un individu à l'autre et n'apportant, en fin de cycle d'entretiens, pas de nouveauté, discordante ou non, aux résultats des précédents entretiens. L'effet de saturation (Guest et al., 2006) a ainsi été rapidement atteint. La représentativité de l'échantillon n'a pas été recherchée au sens scientifique du terme, car elle aurait engendré un échantillonnage beaucoup trop important en termes d'individus à enquêter

au regard des moyens et du temps disponibles pour une enquête qualitative, et qu'elle aurait nécessité en amont des travaux importants de recensement de la population cible (les personnels militaires, et anciens militaires, de la gendarmerie ayant eu en cours de carrière un parcours de blessé), qui auraient nécessité des investissements très lourds de recherche au plan national, afin de constituer ensuite un échantillon par une méthode aléatoire.

L'échantillonnage des blessés a été réalisé à partir des situations connues à la CABGN et à la MAH, qui ne représentent qu'une fraction des situations réelles suivies essentiellement au niveau régional, mais qui sont toutefois par la force des choses les situations souvent les plus emblématiques. Une liste d'une trentaine de personnes ressources a été établie et « activée » au fur et à mesure des entretiens, des éventuelles absences de réponse aux sollicitations. Une attention a été portée, pour la liste initiale comme pour l'activation progressive, sur la diversité des profils (officiers/sous-officiers, typologie des unités, répartition géographique, ancienneté de la blessure, type de blessure, lien au service de la blessure...).

Les principales caractéristiques de l'échantillon des blessés enquêtés figurent dans le tableau ci-après, qui recherche l'équilibre entre les informations rapportées et la préservation de l'anonymat des personnels enquêtés.⁶²

Prénom*	statut	Age	Type d'unité	Date Blessure	En service	Hors service	Nature blessure
Benjamin	SOG	50	Unité territoriale	2005 et 2018		Х	genou
Samuel	SOG	50	Détachement aérien	2019	X		rupture biceps brachial Algoneurodystrophie
Gabriel	SOG	54	Unité de recherches	2017	Х		Barotraumatisme (passage ouragan IRMA)
Louis	SOG	51	Ecoles	2007	х		fracture cheville Amputation ultérieure 2017 sous le genou
Jules	SOG	54	Unité motorisée	2016	Х		percuté à moto par un tramway
Élodie	SOG	50	CORG	2019	Х		lacération visage par arme blanche
Bertrand	SOG	41	Personnel civil (ex-unité territoriale)	2016		Х	accident vasculaire cérébral
Paul	SOG	58	État-major régional		Х		blessure à la tête par arme à feu
Valentin	OG	51	Officier de liaison	2018		Х	embolie pulmonaire
Antoine	SOG	54	Montagne	2005	Х		jambe écrasée par bloc rocheux
Gaspard	SOG	55	Détachement aérien	2004	Х		chute cascade de glace
Baptiste	OG	57	Montagne	2005	X		chute cascade de glace

Certaines limites peuvent être observées sur ce tableau, en particulier une sousreprésentation féminine, la répartition des âges des blessés, une sur-représentation des

^{62 *} Les prénoms ont été modifiés.

blessés issus du milieu Montagne, ou encore l'absence de blessures psychiques. Ce sont des limites qui pourraient utilement guider des études complémentaires.

2.2.2 Résultats

Les résultats de la recherche ont été riches et ont fait l'objet d'une analyse conjointe par les deux enquêteurs, dont les résultats ont été triés par thématiques.

A) La famille, un rôle central trop souvent négligé

Le choix d'évoquer en premier lieu la famille est volontaire, tant celle-ci peut être facilement éludée par le traitement administratif et l'accompagnement des situations de blessés.

En premier lieu, l'importance de la famille dans la réussite du parcours de soin est mise en avant, dans le soutien fourni au blessé (« heureusement que ma femme était là », « ma femme a beaucoup aidé dans le parcours de soin », « je voyais dans l'environnement familial un atout pour guérir rapidement »). Certaines conjointes ont même poussé ce soutien en empêchant leur mari de réaliser un acte auto-agressif, notamment par des mesures préventives sur l'arme.

Pour autant, ce rôle si précieux est souvent invisible du point de vue de l'institution, qui engage peu de démarches à l'endroit de celui ou celle qui est devenu(e) aidant(e) familial(e) par la force des choses, potentiellement brutalement et sans aucune préparation à ce rôle qui bouleverse le quotidien (travail, charge des enfants, des tâches du quotidien, crainte de vivre avec une personne diminuée et dépendante...), la relation au sein du couple : « jamais on lui a demandé si elle avait besoin de quelque chose », « elle devait repartir au boulot le lendemain alors qu'elle n'avait pas dormi de la nuit pour m'épauler », « notre vie est complètement modifiée. L'autre personne peut dire stop. Mais chez nous rien n'est fait pour aider ces personnes-là ». Par ailleurs, l'incertitude (en termes de rééducation, avenir professionnel, avenir géographique...) pèse beaucoup sur la famille, qui n'a que peu d'informations sur les décisions à venir et n'y est pas associée. Plusieurs conjoints expriment ainsi leur colère durable et leur sentiment d'abandon dans le parcours qu'ils ont vécu.

Les blessés mettent globalement en avant leur prise de conscience tardive, dans leur parcours et notamment durant une phase initiale d'hospitalisation/rééducation, des conséquences sur la famille, de ce que vit leur conjoint (« hospitalisé, on est dans notre bulle de soins, de douleur, c'est plus tard qu'on s'aperçoit de ce qu'ont vécu notre femme, les enfants... On s'en rend pas compte »).

Ces facteurs conjugués créent les conditions pour des difficultés majeures dans les couples, quand certains se séparent en cours de route, les autres *a minima* ont connu des périodes de fortes tensions (« la situation a été sinusoïdale avec des hauts et des bas liés aux différentes nouvelles », « le mariage est parti en cacahuètes »). Les enfants sont encore plus invisibles, connaissant l'angoisse pour leur parent, leur futur. Les blessés sont aussi désemparés pour les faire parler et les amener à dépasser les difficultés rencontrées. Ils évoquent aussi le besoin d'un accompagnement pour le retour à domicile et l'adaptation à leur nouvelle vie (« rentrer à la maison directement peut être compliqué »).

En conclusion, les blessés considèrent l'attention et l'écoute prodiguée à la famille comme un facteur prépondérant de réussite dans le parcours, tout en soulignant l'isolement, l'absence de soutien aux conjoints et enfants. Il s'agit indéniablement d'un champ d'action à privilégier.

- B) Parcours de soin et parcours médico-statutaire : équilibre et confiance
- L'importance du soin et l'interaction avec la reprise du travail
 Deux conclusions majeures se dégagent des échanges.

La première est relative à l'intérêt de la reprise de travail pour l'efficacité du parcours de soin (« le travail est important, c'est une thérapie. À l'hôpital on essaie de nous faire reprendre rapidement », « la reprise du boulot a été une délivrance »), sur le plan de l'interaction réciproque entre efficacité des soins et exercice professionnel.

La seconde est relative à l'impact psychologique lié à une réduction de l'incertitude, du stress, liés à l'avenir professionnel (« c'est des à-coups on en a pas besoin, le stress est très nocif pour le corps, là ça s'était beaucoup dégradé, l'HIA m'a reproché de ne pas les avoir prévenus pour qu'ils interfèrent (cf encart ci-dessous) car cela a pénalisé mon soin »). La difficulté supplémentaire pour se reconstruire induite par l'absence d'explications claires et simples sur l'avenir est prégnante.

Affecté au PGHM de Bourg Saint Maurice, Gaspard doit toutefois rechercher un emploi sédentaire strict dans une unité en disposant, et postule pour le PGHM du Versoud. Malgré des engagements hiérarchiques initiaux et en raison de désaccords entre plusieurs chefs, à la mi-août de l'année A il est informé que finalement il ne sera pas muté au 1er septembre A. Il avait engagé toutes les démarches pour l'emploi de sa conjointe et la scolarité des enfants. L'HIA reproche en l'espèce de ne pas avoir rendu possible, pour le corps médical, une intervention auprès de la hiérarchie pour mettre fin à ces tergiversations de gestion préjudiciables au parcours de soin.

Impact de la réglementation sur les six mois de congés maladie

Le militaire peut rester en position d'activité, en raison de congés maladie, pour « une durée maximale de six mois pendant une période de douze mois consécutifs » (article L4138-3 du code de la défense). Au-delà et en fonction de l'affection, il est placé en CLM ou CLDM, qui sont des congés de non-activité. Dans la pratique, la non-activité implique la restitution du logement concédé par nécessité absolue de service (LCNAS) des officiers et sous-officiers de gendarmerie, la perte de l'affectation avec une mutation « à la suite » de la région où le militaire se retire, et enfin la perte potentielle d'une partie de la rémunération et des primes.

Au regard des enjeux, exacerbés par le statut spécifique des officiers et sousofficiers de gendarmerie, qui bénéficient statutairement d'un LCNAS, cette étape calendaire dans le parcours du blessé est extrêmement angoissante pour eux comme pour les familles, avec un fort sentiment d'injustice pour les blessés en service (« on vous punit en vous enlevant votre logement, vos primes, alors qu'on a été blessé en faisant notre devoir »).

Cette échéance génère un impact négatif dans le parcours de soin en ayant potentiellement pour effet de précipiter une reprise pour des raisons statutaires évidentes, mais générant des conséquences préjudiciables au rétablissement et mettant déjà en exergue la possibilité de transiger avec cette limite, de la contourner avec la bienveillance médicale et hiérarchique, parfois à la limite de l'emploi fictif (« je suis sorti avec un corset, c'était plus pour soutenir mon corps... Je ne sais pas qui a eu le souci, que je reprenne au plus vite afin que je ne dépasse pas les 180 jours. Je venais faire un tour au bureau, je bricolais un peu, je ne tenais pas longtemps assis ou debout mais ils comptaient une journée de travail, afin que je ne gaspille pas les 180 jours »). Un nombre significatif de situations illustre cette stratégie partagée et mise en œuvre par le commandement pour soutenir le blessé et contourner la réglementation, en étant « dans la combine » pour éviter le placement en non-activité, ou en limiter les effets (par exemple en octroyant pour des durées importantes, et non réglementaires, des sursis à évacuation du LCNAS). Les blessés font enfin part d'une forte pression, notamment des secrétariats des échelons de commandement, à l'approche des échéances.

Difficultés administratives

Les blessés déplorent parfois des difficultés administratives avec la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), en particulier des rejets d'ententes préalables sans justification pour des soins liés à leur blessure (« vous vous rendez compte, j'essaie de m'en sortir et vous me demandez un tas de papiers et d'écrits »), des rejets de déclaration d'affection présumée imputable au service (DAPIAS) avec toutes les conséquences induites en termes de reconnaissance de l'imputabilité au service de leur

blessure⁶³. L'impact financier est parfois également mis en cause (« en tant que blessé de la Nation, on ne devrait pas nous demander un centime ») dans la logique de dette de la Nation à l'égard des blessés évoquée supra.

• Du rôle et des relations avec le service de santé des armées (SSA)

Les blessés insistent sur l'importance d'un dialogue régulier et empreint de confiance avec le corps médical, en particulier avec la médecine militaire, vers laquelle ils sont plus particulièrement orientés lors des événements générateurs, et qui devra in fine se prononcer sur leurs possibilités de reprise du travail et leur aptitude médicale. Ce dialogue est capital à la fois pour garantir les meilleurs résultats au parcours de soin (« je ne voulais pas aggraver et me sur-handicaper, brûler les étapes », « « importance d'avoir été rassuré à certains moments par les médecins, de pouvoir se projeter », « un dialoque de confiance avec son médecin, civil comme militaire [...] Identifier à court ou moyen terme le potentiel médical et les perspectives »), l'impact statutaire et la possibilité de reprise, en mobilisant le plus souvent la flexibilité et l'intelligence de situation du corps médical, quand ses représentants sont disposés à une certaine souplesse vis-à-vis de la réglementation (« si on tombe sur un médecin réceptif, tout va bien se passer, si on tombe sur un procédurier pour qui "la loi c'est la loi", c'est foutu, s'il a décidé au début que vous seriez I5 à la fin vous êtes bien I5 », « Il m'a mis I2, il a osé! »⁶⁴, « je lui explique que je suis adjoint, que j'ai besoin de devoir me déplacer, et me met "apte à toute service en auto-gestion"! C'est pas commun, c'est extraordinaire. Il me sauve la vie et marque que je peux rester dans la spécialité »). En effet, Baptiste est à cette occasion classé « G4T » (coefficient 4 à titre temporaire au sigle G correspondant à l'état général) dans le profil SIGYCOP. Il est spécialiste Montagne et, suivant la réglementation en vigueur, les sousofficiers de cette spécialité doivent avoir au moins un classement G2 pour y être maintenus.

Les blessés restent toutefois conscients, quand ils ne l'ont pas directement expérimenté, de la fragilité et de l'incertitude entourant le lien de confiance avec le médecin et les décisions médicales ou médico-statutaires prises (« je sais que tout cela est fragile et qu'il faudra que je trouve une issue », « ce lien avec le médecin était très bien au début, puis s'est donc dégradé alors que j'ai aussi des choses à gérer en lien avec le handicap. Quand on a déjà tout ça en tête, une incertitude sur le métier et que le médecin arrive et enfonce, c'est le pire »). Certains n'hésitent pas à entrer dans le défi

⁶³ Droit à la pension militaire d'invalidité, à la réparation des préjudices complémentaires suivant la jurisprudence de l'arrêt Brugnot du conseil d'État (01 juillet 2005, n°258208), droit à rémunération durant le CLM, posture hiérarchique vis-à-vis de la volonté de reclasser le blessé, etc.

⁶⁴ II s'agit de l'affectation d'un coefficient 2 au sigle I (ceinture pelvienne et membres inférieurs) du classement SIGYCOP, attribuée à Louis par le médecin militaire. Pourtant, Louis est amputé sous le genou et un classement I2 est théoriquement impossible suivant les arrêtés du SSA en vigueur.

Grégoire CHARLE - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Études en Santé Publique

face à un médecin sceptique pour prouver leurs capacités (« viens avec moi [faire une course en montagne] voir qui y arrive le mieux »).

Ce rôle crucial accordé à la confiance tissée avec le corps médical est cependant assez paradoxal avec une autre réalité largement étayée par les blessés : le fait que le rôle de médecin-expert assuré par le médecin militaire, et la crainte des répercussions d'éventuelles inaptitudes sur le quotidien et le parcours professionnel conduisent de très nombreux gendarmes à ne surtout rien exposer de leurs difficultés de santé au médecin militaire, et à privilégier autant que possible les soins en milieu civil, allant même jusqu'à poser des jours de permission pour n'attirer aucune attention (« je suis impressionné par le nombre de collègues malades ou qui ont des problèmes de santé et préfèrent prendre des congés au lieu de prendre des arrêts maladie par peur du regard des autres et peur de perdre leur travail », « quand j'en parle avec des camarades, certains ont des problèmes médicaux vus avec le civil, et ne vont surtout rien dire au militaire, ils n'hésitent pas à cacher, car c'est le médecin militaire qui sanctionne [...] Certains peuvent avoir peur des conséquences, la franchise a-t-elle une conséquence en gain ou en perte ? Peut-on avoir confiance en son médecin militaire [...] ? Ce lien de confiance n'est pas bon aujourd'hui »).

Ces éléments amènent plusieurs réflexions. La première est relative à la situation très inconfortable vis-à-vis du corps médical, où l'on peut constater une stratégie plutôt axée sur la dissimulation en temps normal, voire en période de soucis de santé tant que ces derniers peuvent être cachés, et au contraire qui est résolument axée sur la confiance en cas de difficulté majeure, mais une confiance de fait difficile à construire, qui peut s'établir avec un praticien en particulier mais qui demeure fragile (possibilités d'interlocuteurs médicaux multiples, mutation de l'un des interlocuteurs, etc.). Les blessés n'hésitent pas à évoquer une « stratégie médicale », dont l'objet n'est d'ailleurs pas le parcours de soin mais bien le lien au praticien. La deuxième réflexion est relative à la juxtaposition des rôles de médecine de soin, de prévention et d'expertise par le SSA⁶⁵, souvent le même médecin, ce qui n'est pas sans lien avec les éléments évoqués ci-avant et pose par ailleurs une difficulté quant à l'efficacité de la politique de prévention pour éviter la survenance ou l'aggravation de pathologies dans le cadre de l'exercice professionnel (donc, sur la fréquence à moyen ou long terme d'inaptitudes médicales). Enfin, le bien-fondé d'interdictions d'exercer pour des raisons médicales à des personnes qui, en dissimulant leur état de santé, se trouve *a minima* partiellement réinterrogé par l'absence d'incompatibilité flagrante avec leur exercice professionnel, avec un niveau de capacité entrant dans la fourchette de performance recherchée pour les activités réalisées.

⁶⁵ Cette juxtaposition est une caractéristique forte du soutien médical apporté par le SSA aux forces armées, ces rôles étant légalement dissociés dans la fonction publique civile comme dans le secteur privé.

Ces éléments se rejoignent dans un dernier point mis en avant comme facteur important de réussite dans l'accompagnement médical : la connaissance fine (et sa prise en compte) des conditions réelles d'emploi des blessés concernés, qui influe fortement, pour les médecins faisant preuve d'un certain pragmatisme, sur leurs décisions médico-statutaires dans les conditions déjà évoquées. En réalité, il s'agit bien pour eux d'avoir replacé le blessé, et son état de santé, dans son environnement (poste tenu, tâches exécutées et conditions d'exécution, rôle et attitude du collectif de travail, etc.) en passant souvent une forme de « contrat moral » avec le blessé, basé sur cette confiance réciproque, tout en statuant sur l'aptitude. Cette évaluation, potentiellement très éloignée des cadres réglementaires, permet toutefois un retour à l'emploi, un bénéfice sur le parcours de soin.

Normes médicales d'aptitude

Les normes occupent évidemment une place prépondérante dans le parcours du blessé, tant elles conditionnent sa possible reprise d'activité.

Les blessés les trouvent décorrélées de la réalité, un militaire qui ne les satisferait plus pouvant de fait, et ils en sont des exemples concrets, continuer à avoir une employabilité et des niveaux de performance compatibles avec les exigences de leurs postes (« exempt de tout alors qu'avec un programme d'entraînement civil ok. J'étais revenu très en forme, j'avais beaucoup de compétences, mais même en école il fallait des aptitudes, le médecin considérait que j'étais apte qu'à être dans un bureau »66. « Je fais des trails, de la natation, un recyclage BNSSA car le cardiologue civil l'autorise mais le médecin militaire m'interdit tout ». « J'ai une fracture et des broches, c'est non pour la spécialité [Montagne] alors que des gens avec ces difficultés font encore des choses super dures! Ils ont les capacités! Sur le papier, on dit "vous avez une fracture". Ils ne connaissent pas la personne en commission, ils ne savent pas que vous faites 1000m/h »⁶⁷). Ils regrettent ainsi la rigidité d'un système qui, par application automatique de barèmes, viendrait décréter que vous n'êtes plus capable (« Si vous êtes au-delà des chiffres, vous êtes plus bons »). En somme, la norme contribue par elle-même à créer une inaptitude qui ne correspond pas à une réalité physique et médicale. Certains ont même éprouvé des changements de statut (passage de sous-officier à officier, ou de sous-officier spécialiste à sous-officier du cadre général) qui, bien que sans influence sur leur activité quotidienne, sur les exigences du métier, avaient pour conséquence de

⁶⁶ Dans cette partie, le terme aptitude renvoie à sa dimension réglementaire au sein des armées, à savoir quelles sont les possibilités laissées aux personnels en fonction de leur catégorisation SIGYCOP et des normes médicales d'aptitude dans leur corps et, le cas échéant, leur type d'emploi. Le terme capacité renvoie lui à une notion basée sur les dispositions réelles des personnels à effectuer telle ou telle tâche, ou à occuper un emploi.

⁶⁷ Baptiste, qui évolue dans une unité Montagne, fait ici allusion à une capacité de réaliser un dénivelé positif de 1000m par heure de course en montagne.

Grégoire CHARLE - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Études en Santé Publique

ramener leur aptitude dans le barème du nouveau statut. Une promotion, ou une éviction administrative de spécialité, ont donc pour effet de ramener les personnels concernés dans les normes réglementaires d'aptitude sans autre modification environnementale.

Pourtant, les médecins concourent eux-mêmes à prendre des libertés sur les normes, au vu des capacités réelles et des échanges avec les blessés. Dans ces cas, bien souvent, le résultat dépend d'évaluations situationnelles venant démontrer la capacité du blessé (« Il a tout pris en compte, je n'ai rien caché. Il a fait des tests... Au début j'étais I5 et finalement I3, je ne sais pas s'il a pris des libertés », « il va falloir que je fasse mes preuves pour montrer ma capacité à faire les CCPM⁶⁸ »). Beaucoup dénoncent la pénibilité et la présomption d'incapacité, de devoir « se justifier d'avoir des aptitudes », vécu comme un combat épuisant par des intéressés devant se focaliser avant tout sur leurs soins (« il fallait se battre sur le volet médical et sur le volet aptitude »).

Ils ressentent négativement une conjoncture qui serait dans une tendance à une application stricte de la réglementation (« aujourd'hui, cela me fait peur pour les blessés »), conduisant à l'éviction des personnels n'entrant plus dans les aptitudes. C'est la « tyrannie du SIGYCOP », et présentent plus ces normes comme un facteur de protection de l'institution en cas d'aggravation (« Impression qu'elles sont faites pour se prémunir de complications pour l'institution ») qu'un facteur de protection des personnels concernés.

C) Du soutien institutionnel, des pairs et de la hiérarchie

Le collectif de travail

Les blessés ont vécu, dans leur environnement de travail proche, des expériences très variées d'un parcours à l'autre, allant d'une solidarité importante à l'indifférence, voire une certaine hostilité en raison des conséquences sur le report de charge (« Dans la vision des autres, les 15 premiers jours on est attentifs, passé ce délai on n'existe plus », « tant qu'on apporte quelque chose au boulot, tout va bien, dès que vous êtes pas là, c'est fini », « j'ai trouvé un mannequin déguisé en gendarme à mon bureau ») mais ils mettent en avant l'importance d'un soutien des proches et de la camaraderie, tant pour l'acceptation de la différence et des impacts sur l'organisation du collectif, sur le soutien du quotidien (à la famille comprise), sur leur motivation ainsi que, point développé infra, sur le rôle que peut jouer ce collectif en se substituant au blessé dans les démarches administratives.

Du rôle clé joué par la hiérarchie

⁶⁸ Contrôle de la condition physique du militaire : réalisé tous les deux ans, consiste entre autres à réaliser une course de 3000m dans des délais impartis.

Grégoire CHARLE - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Études en Santé Publique

L'importance de la hiérarchie est vraiment centrale dans les parcours relatés, tant dans les obstacles qu'elle a pu créer pour des parcours négatifs que, plus fréquemment, le rôle facilitateur qu'elle peut endosser, souvent au prix de quelques contorsions réglementaires et d'un surinvestissement du chef concerné (notamment le chef de proximité, le N+1, dans sa « gestion » du service et des déclarations réalisées dans les documents administratifs liés à l'accident, ou nettement plus haut, au niveau CDR généralement le N+4 – avec la plupart des pouvoirs décisionnels). Les enquêtés n'hésitent pas à invoquer un fort facteur « chance » dans la posture de la hiérarchie (« Chance d'avoir un excellent CDR » qui a demandé la prise en charge de l'épouse sur les trajets, qui a pris à son compte tout l'administratif, et pris quelques libertés avec la réglementation sur les sursis d'évacuation de logement) et les fluctuations induites d'une région à l'autre. Cela illustre encore la capacité des décideurs à desserrer le carcan administratif pour le bénéfice du blessé, mais aussi la forte dépendance de ce dernier à l'attitude des chefs, qui peuvent aussi prendre des initiatives défavorables sans aucune concertation préalable (exemple d'un ordre de mutation qu'un CDR a pensé bon d'annuler d'autorité et sans concertation, avec les répercussions psychologiques que cette annulation a eues sur le blessé et sa famille).

Sans surprise, les blessés conseillent là encore une démarche transparente et basée sur la confiance vis-à-vis des chefs, notamment des CDR en raison des pouvoirs décisionnels de ces derniers (« Il faut être honnête avec son chef, lui dire ce qui se passe, recommander au militaire de se déplacer directement voir son chef, on est qu'un dossier, quand on voit la bête... »).

De l'accompagnement institutionnel

Le constat est unanime et persistant malgré des dates d'événements générateurs très variables suivant les enquêtés : ils se sont « rendu compte que pour le suivi des blessés, vous êtes seul au monde ». Ils constatent que faute de démarche proactive et de compétence dans les services (notamment les BAP : « BAP ne m'a pas donné les bons éléments. On nous donne des assurances mais en fait ce n'est pas du tout ça », « Pas ou mal informé, j'ai tout fait tout seul. J'ai fini par mieux connaître la procédure qu'eux »), la hiérarchie ou des camarades peuvent parfois se substituer, ce qui ramène à un facteur chance : « là où le BAP aurait dû prendre le relais, c'est l'inverse qui s'est produit [en évoquant les injonctions réalisées par le CDR à l'endroit de son BAP] ».

Ils expriment fortement le besoin de proactivité des services d'accompagnement (« manque de démarche proactive de l'AS, du BAP, du médecin... », « psychologiquement on a autre chose à gérer dans l'instant, à eux de proposer et de faire les démarches à notre place », « c'est aux personnes en charge des services dédiés d'aller vers la victime, il faut inverser la démarche », « on m'a imposé le psy mais pas le

médecin, alors qu'il a un rôle à jouer dans l'approche physique, le conseil et l'orientation dans le parcours de soin »).

• De l'accompagnement de proximité : un acteur à inventer

Très clairement, un accompagnement de proximité reste à inventer et se trouve plébiscité par les blessés. L'éloignement géographique et fonctionnel des acteurs de l'accompagnement engendre sans surprise cette lacune, celle « d'une personne qui vienne accompagner le militaire, même si elle n'est pas d'un bureau, qu'elle sache quoi mettre en place ». Certains n'hésitent pas à évoquer un rôle de coordination : « Il faut une personne qui chapeaute tout le monde, formée, qui va voir la personne qui a eu un accident, qui sache quoi faire ».

Spontanément et de manière quasi-officieuse, c'est finalement exactement ce qu'a mis en place, échaudé par des parcours difficiles, le milieu spécifique de la montagne eve un écosystème en marge de toute structure officielle : il s'agit d'un système d'entraide bien identifié, composé notamment d'un « référent blessé » officieux et d'une association de solidarité entre les militaires du milieu et leurs familles, qui permet aussi le suivi de quelqu'un qui ne voudrait pas nécessairement que la gendarmerie soit au courant de tout (ce qui constitue une alternative intéressante aux échanges formels avec les bureaux). Les reproches sont ainsi axés sur la distance et le centralisme des entités d'accompagnement (« La structure actuelle existe mais trop centrale », « il faut quelqu'un de proche au niveau du département, des personnes qui peuvent absorber les choses puis faire le relais »). Plutôt qu'une coordination, la notion de recueil des besoins, d'évaluation et de transmission aux services intéressés permet de faire le lien avec une pratique éprouvée du milieu du handicap.

La description que font les blessés de cette personne dessine l'image d'un pair (l'un d'entre eux évoque un « alter ego ») : « il connaît le métier, pas de jugement, humble, pas de promesses... », « quelqu'un auquel on s'identifie, il n'y a "pas de chaleur dans les services" » avec des relations basées sur la franchise, l'empathie et la loyauté). Si certains évoquent « une liste de référents disponibles (comme une liste d'avocats) que le blessé choisit », au-delà du lien de confiance issu de l'identification à un pair, la question de la formation et de la compétence de la personne est fondamentale, comme celles des services institutionnels : il faut « former les gens aux blessures, au handicap afin qu'il n'y ait plus de peur sur la complexité des démarches ».

De l'accès à l'information

⁶⁹ Regroupant notamment les pelotons de gendarmerie de montagne et de haute montagne, le centre national d'instruction de ski et d'alpinisme de la gendarmerie ainsi que l'unité de coordination technique montagne.

De manière générale, comme évoqué d'ailleurs par l'Assemblée nationale⁷⁰, les blessés déplorent l'absence d'information disponible et un besoin général d'accès à une information claire, compréhensible et accessible pour tous (leur hiérarchie, eux-mêmes, leurs familles...).

Au final, un sentiment général de meilleure attention au facteur humain se dégage, notamment de la part de la hiérarchie (« On a plus le sentiment de l'humain, maintenant de ce que va devenir cette personne »), mais cette attention est mise en tension et contrebalancée par la raideur et la distance administratives.

D) Le reclassement et la reprise d'activité

• De l'empowerment⁷¹

Un consensus est établi par les blessés sur le rôle joué par l'individu lui-même dans la réussite de son parcours de blessé. Ce rôle est à la fois marqué par l'importance de l'envie, de la motivation pour réussir un retour à l'emploi (« Blessé doit être acteur de sa démarche morale, il faut le mental », « s'il a envie de revenir il apportera son expérience. Il faut aménager les choses et trouver le poste adéquat pour utiliser son expérience. S'ils veulent continuer à servir, on peut faire beaucoup avec. Il ne faut pas balancer les rétamés », « je ne lâche rien, j'ai toujours été positif », « croire en soi, transformer le négatif en positif ») associées aux facteurs secondaires que sont la lucidité et la responsabilité sur son état et ses capacités (il faut faire « le deuil d'une récupération totale », « c'est bien de s'apercevoir en ayant le nez contre le mur, de ne plus être en capacité, de se dire on va faire autre chose ou bien on escalade le mur ! », « ne pas comparer avec ce que l'on faisait avant. Il faut être réaliste et savoir ce que l'on peut faire »), tout comme un pouvoir d'agir sur son parcours (notamment sur l'implication dans son parcours de soin, dans son parcours médico-administratif avec une certaine proactivité pour faire émerger le champ des possibles et la conservation du pouvoir décisionnel sur son propre avenir : « ne pas laisser quelqu'un prendre une décision à votre place »). C'est en ce sens que la notion d'empowerment peut trouver à s'appliquer de manière appropriée au parcours de blessé, et guider la structuration de l'accompagnement pour garantir son efficacité.

⁷⁰ Voir le rapport d'information en conclusion des travaux d'une mission d'information sur le suivi des blessés de la commission de la Défense et des forces armées (p. 36 à 38).

⁷¹ Si la notion et la définition en français ne font actuellement pas totalement consensus (Bacqué & Biewener, 2013), nous pourrons retenir la définition de Wikipédia qui évoque « l'octroi de davantage de pouvoir à des individus ou à des groupes pour agir sur les conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques auxquelles ils sont confrontés »

Des exemples concrets d'initiatives malheureuses ou décorrélées des souhaits des blessés montrent *a contrario* ce qui doit être évité. Des initiatives administratives peuvent ainsi être prises en pensant, à la place du blessé, faire son bien à partir de préjugés sur les capacités et ce qui pourrait s'adapter à sa situation sans étudier avec la personne l'intérêt de propositions, les souhaits, besoins et expériences du blessé concerné (« on va vous trouver un bureau à Paris ou à Lyon »).

Il y a ici une certaine tension entre le besoin de proactivité des services exprimé par les blessés, et le souhait clair de conserver la maîtrise de leur futur. En cela, il sera souhaitable de dissocier le soutien global et le parcours indemnitaire, pour lesquels la proactivité des acteurs doit être recherchée, d'une forme de participation active du blessé à son futur professionnel et aux actes de gestion. La place centrale des notions d'envie et de lucidité du blessé doit également conduire à concevoir des dispositifs susceptibles de la susciter et l'entretenir. En cela, le « coaching » prodigué par un pair, évoqué ci-avant, est clairement un facteur de réussite. Il doit aussi favoriser la nécessaire évolutivité des réponses liée à l'inévitable évolution des besoins au cours du parcours.

• Du « problème » posé au gestionnaire

Le point de vue du gestionnaire est également un facteur important dans le parcours du blessé. On y observe des tensions entre plusieurs paramètres : le bien du blessé, les représentations sur ses capacités et employabilités, les contraintes du cadre médico-administratif, et le besoin de réaliser le schéma d'emploi, de pourvoir les postes, tout en garantissant la capacité opérationnelle de sa formation administrative, ce que présente de manière très complète Dubois (2017).

Ces tensions, exacerbées par la conjoncture actuelle d'un volume significatif de personnels disposant de fortes restrictions médicales d'emploi, peuvent favoriser des postures de raideur au niveau méso (le gestionnaire régional) face au problème posé et en l'absence d'alternatives réglementaires et réalisables dans leur mise en œuvre (« on a tout fait pour m'envoyer vers la réforme, vous dérangez », « est-ce qu'on leur propose des choses terribles pour qu'ils refusent ? »), comme au niveau macro (la gendarmerie) par l'édiction de règles de gestion. Les solutions proposées, si elles paraissent acceptables pour le gestionnaire, ne correspondent alors pas nécessairement au souhait du blessé ni à ses capacités (« inaptitudes très importantes, on a tendance à les pousser vers la sortie. Les aides à la reconversion, ça ne fait pas tout, c'est un bouleversement important »), ces derniers évoquant volontiers un « droit à l'essai » pour tester une reprise qui correspond fondamentalement au cursus professionnel choisi (« il faut laisser la chance à quelqu'un qui est blessé, il a choisi un métier et pas un autre », « continuer à employer nos blessés si c'est leur volonté, garder un peu et voir »). Cette vision, complémentaire à un accompagnement efficace à la reconversion, oriente clairement vers

les possibilités de test *in concreto* pour évaluer en situation les possibilités et conditions de reprise, mais également car le test est présenté comme important en matière de prise de conscience sur les capacités résiduelles et le cheminement personnel pour envisager le futur. Du reste, de tels tests sont compatibles avec une évaluation de l'aptitude rénovée sur le plan réglementaire, et permettraient à une équipe dédiée et experte d'évaluer les possibilités de compensation et d'aménagements raisonnables, et favoriseraient également l'*empowerment* de la personne concernée, une meilleure acceptabilité des inévitables incertitudes liées à la reprise (la plupart du temps très mal vécues).

• Valorisation des compétences et de la capabilité

Il convient de s'attarder sur un facteur important de réussite, conditionnant l'acceptabilité des mesures de gestion pour le blessé, comme pour les collectifs de travail et la hiérarchie : la valorisation des compétences et le développement de la capabilité du blessé : « tout le monde y trouve son compte ». Cette phrase triviale illustre la nécessaire convergence d'intérêts pour faire émerger une solution.

La valorisation des compétences, de l'expérience et des qualifications, hors clichés sur les postes réputés accessibles aux blessés et leurs capacités, est un exercice incontournable dans le parcours (« Il faut analyser le blessé dans une vision globale, ce qu'il peut et veut faire, ses compétences », « j'ai un travail qui met en avant mes capacités, y compris humaines, mais pendant la blessure pas du tout, vous êtes marqué blessé et ça s'arrête là », « le gestionnaire (BPO⁷²) avec avis du CTM⁷³ a trouvé des choses à valoriser sur mes diplômes et capacités sans se focaliser sur les inaptitudes ») démontrant l'intérêt d'avoir une démarche bienveillante basée sur l'intelligence des situations. A contrario, les lacunes dans le dialogue préalable conduisent à une sous-valorisation des profils des blessés (« J'aurais bien aimé qu'on m'écoute, qu'on écoute tout ce que je peux et sais faire... J'ai apporté des choses au DAG⁷⁴ mais d'autres non prises en compte que j'aurais pu apporter en unité Montagne, j'ai un sentiment de gâchis. Il faut qu'on écoute et que les demandes soient raisonnables. J'aurais pu apporter plus si on m'avait mis au bon endroit »).

Encore une fois, la franchise et la transparence dans le dialogue entre le blessé, le gestionnaire et son collectif de travail sont indispensables à la réussite (« Je n'ai jamais rien caché sur mes séquelles, ce que j'étais capable ou incapable de faire »). La volonté d'insertion dans ce collectif du blessé, sa motivation à démontrer son utilité conditionnent l'acceptation par ce même collectif d'éventuelles réorganisations internes (« je faisais aussi plus de choses qui les soulageaient sur ce que je pouvais faire. Je ne tirais pas non plus au flanc à prendre des arrêts »). Il est ici primordial de créer cette confiance, de

⁷² Bureau du Personnel Officier, entité qui gère au niveau national l'ensemble de la population officiers

⁷³ Conseiller Technique Montagne

⁷⁴ Détachement Aérien de Gendarmerie

montrer son engagement pour les autres sans rester figé dans une posture d'attente et de demande vis-à-vis d'eux. En un mot, remplacer ses incapabilités par une meilleure exploitation des capabilités restantes, montrer que l'on ne fait pas reposer une charge sur les autres, mais que l'on module le cas échéant les tâches.

Le réalisme des demandes, l'équilibre entre les souhaits et la prise en compte des demandes doit aussi être accompagné (« là où ça se passe mal, ils [les blessés] ne voulaient pas se réadapter, ils voulaient reprendre leur poste »), renforçant le besoin de mettre en place cet accompagnement de proximité déjà évoqué.

D'autres facteurs peuvent favoriser le parcours, qui ne sont pas généralisables : le grade et le statut (notamment le passage officier), la fonction, occupée, la typologie de l'unité (« J'ai eu de la chance de me blesser au grade d'adjudant-chef », « bouffée d'oxygène a été le passage officier... mais je refais quand même des inters [interventions], j'ai les qualifs [qualifications] pour. Je connais aussi mes limites. »). L'exemple des conséquences du passage officier, ou, dans un autre cas, l'alternance de gestion entre la spécialité Montagne et le cadre général, montrent les limites des normes d'aptitude médicale par statut. En effet, l'application à la même personne, dans le même environnement, de deux barèmes d'aptitude médicale donne deux résultats différents de capabilité sans modification d'autres facteurs. Il confirme également qu'évaluer autrement qu'en situation n'a pas de sens.

La réorganisation du collectif

Lorsque des restrictions et incapacités demeurent, malgré le parcours de soin comme les modalités de compensation du handicap, les aménagements raisonnables demeurent la voie privilégiée pour identifier des solutions complémentaires, notamment la réorganisation des collectifs de travail (répartition des tâches, rythmes de travail...). Des équilibres, parfois baroques au sein d'une institution où la souplesse des contours des postes de travail n'est pas une évidence, sont régulièrement trouvés, au bénéfice de tous (« je suis leur secrétaire particulier. J'y ai mis du mien. Ils font tout pour que je reste »). Cette réorganisation peut comprendre des tâches opérationnelles, qui peuvent trouver à s'exprimer grâce à une « zone grise » permise par le médecin militaire, en confiance avec le militaire concerné dans la gestion de ses propres limites⁷⁵.

La perception de la posture institutionnelle

Les échanges montrent une crainte assez vive, voire de la déception, sur la perception que peuvent avoir les blessés quant à leur traitement par l'institution, lié à l'évolution et à la transformation des postes de sous-officiers de gendarmerie réputés

⁷⁵ Nous pouvons citer un militaire partant en course en montagne, avec de nombreuses plaques, broches et vertèbres soudées, ainsi que des poches pour des auto-sondages afin d'évacuer ses besoins.

« accessibles aux blessés » en postes fléchés pour les corps militaires de soutien ou les personnels civils. Pour autant, leurs expériences illustrent que la gendarmerie ne se prive pas, en fonction des configurations locales et des velléités des acteurs, de desserrer les carcans administratifs.

E) Parcours administratif indemnitaire

Il paraît incontournable de se focaliser spécifiquement sur cette question de la gestion des parcours administratifs. L'essentiel est constitué par les volets indemnitaires (notamment la pension militaire d'invalidité – PMI – ainsi que la jurisprudence Brugnot⁷⁶, volets qui se rapportent par définition à la seule population des blessés en service). Leur complexité, l'absence d'accompagnement et la tendance (ressentie) à la minimisation des taux sont vertement rapportés. Ils sont ainsi jugés « tortueux, vexant, sans accompagnement c'est un autre traumatisme » : « Vous devez tout faire tout seul, au secours ! ».

La non-reconnaissance ou la sous-évaluation (la crainte du blessé de voir une répercussion sur le volet aptitude médico-statutaire peut le conduire en expertise à minimiser les conséquences) : « on a l'impression qu'on va à une visite pour l'aptitude et on a tendance à minimiser », « j'ai la crainte de faire une aggravation, j'ai un poste et une paye qui tombe, je ne vais pas prendre le risque de prendre la porte ».

Le vécu entourant ces parcours indemnitaire est présenté comme un affront par rapport au « sang versé ».

Là encore, les blessés expriment nettement un besoin que ces dossiers soient initiés par d'autres, que le blessé et la famille soient soulagés de ces démarches administratives et que ces initiatives leur évitent aussi des pertes de droit (notamment durant l'éventuelle hospitalisation initiale, où le blessé n'est ni en capacité, ni dans les dispositions pour constituer son dossier, alors que son droit théorique est déjà ouvert). Cette proactivité peut parfois s'observer, notamment dans les unités qui se sont autoorganisées pour l'accompagnement des blessés (Montagne) ou lorsqu'une personne, bien située au regard des processus de suivi, connaît par sa propre expérience les démarches à effectuer. Parfois même, un « simple camarade », sans aucune responsabilité fonctionnelle dans la chaîne de traitement, prendra cette initiative.

Cette proactivité nécessite d'avoir au bon endroit les personnes qui ont les compétences pour le faire, dans le cadre de leurs prérogatives normales ou des dispositifs mis en place (comme dans le cas de formes de « pair-aidance » mises en œuvre dans le milieu Montagne). Ce n'est, dans la globalité des parcours enquêtés, pas le cas des services de niveau régional impliqués dans les accompagnements comme déjà

⁷⁶ La jurisprudence de l'arrêt Brugnot du conseil d'État (01 juillet 2005, n°258208) a ouvert la voie à la réparation des préjudices complémentaires (souffrances physiques ou morales, préjudices esthétiques ou d'agrément), au-delà de l'indemnisation des préjudices d'intégrité physique prévue par le code des pensions civiles et militaires de retraite, pour le militaire concerné et ses ayants-droit.

évoqué. À défaut, les blessés sont renvoyés à leurs propres capacités et compétences sociales pour saisir, ou non, leurs droits, ce qui est un facteur fort d'inégalité. Une centralisation informatique des documents, accessibles aux différents services intéressés, est également un souhait d'évolution fort afin de ne pas être régulièrement dans la réémission de documents déjà fournis : « un blessé qui a tout perdu dans sa vie, on l'emmerde encore pour ses documents ».

Les blessés les plus expérimentés n'hésitent pas à conseiller, pour les démarches indemnitaires, de s'adjoindre les conseils d'avocats et d'envisager, dès le début de la procédure, de désigner (et payer) des experts médicaux pour défendre leurs intérêts face aux experts désignés par l'administration.

F) Du handicap

Il paraissait utile de terminer cette présentation des résultats de l'enquête par un détour sur la thématique même du handicap, sujet abordé en fin d'entretien si le blessé n'a pas de lui-même évoqué cet aspect de son parcours et de sa réalité de vie.

Ils sont unanimes à évoquer l'intérêt pour la gendarmerie de « laisser une chance » aux blessés, malgré une incompatibilité avec les normes d'aptitude. En effet, cela génère une forme de dette (Waser et al., 2014, p. 89) à l'égard de l'institution, décuple la motivation en emploi, donc la performance (« Quand le blessé est soutenu, il a la volonté de tout donner, sinon il part dans une logique de tire-au-flanc », « le handicap est une épreuve qui devient une force supplémentaire. », « les gens sont reconnaissants de ce qu'on leur permet de faire, et se donnent à fond, tellement contents d'avoir pu rester »), et tire aussi les collectifs de travail vers le haut. En cela, leur perception rejoint les études réalisées en matière d'impact positif sur la performance des entreprises⁷⁷ de l'emploi de travailleurs handicapés, y compris par les attitudes qu'ils suscitent dans leur environnement (« Les jeunes se battent pour venir en sport avec moi, ils savent qu'ils ne peuvent pas se plaindre »78). Il est notable de constater que les blessés enquêtés se trouvaient tous dans une volonté individuelle de poursuivre leur carrière comme militaire de la gendarmerie et n'exprimaient aucunement la volonté de quitter l'institution. Il faut garder à l'esprit ce potentiel biais représentatif et l'impact qu'aurait pu avoir l'incorporation à l'échantillon d'autres profils, en particulier de blessures psychiques.

S'agissant des performances individuelles, ils sont critiques vis-à-vis des représentations et prompts à démontrer qu'elles ne sont pas linéairement reliées à leur catégorisation médico-administrative (« Combat sur le regard sur les blessés : on voyait

⁷⁷ Voir par exemple l'étude réalisée en 2018 par Accenture, *Getting to Equal 2018 : The Disability Inclusion Advantage* (https://www.accenture.com/_acnmedia/pdf-89/accenture-disability-inclusion-research-report.pdf) ou encore celle réalisée par France Stratégie en mai 2020, « Emploi des personnes handicapées et performance des entreprises » (https://www.strategie.gouv.fr/publications/emploi-handicapees-performance-entreprises).

⁷⁸ Propos tenus par un blessé amputé au-dessous du genou et appareillé, affecté comme cadre en école.

Grégoire CHARLE - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Études en Santé Publique

& de l'Université Rennes 2 - 2020-2021 - 63 -

les inaptes... mais il est capable de ! », « les seules restrictions que quelqu'un peut me mettre, c'est moi-même », « j'ai un handicap, une auto-sonde, mais je monte 1000m/h et sais diriger un secours »). On voit clairement que la capacité réelle n'est pas déterminée par les barèmes d'aptitude médicale, et que la force de l'exemple peut produire des évolutions dans la perception des gens et le traitement des situations (« On va regarder autrement les inaptes, ce qu'ils sont capables de faire, on peut avoir certaines aptitudes qui ne nous empêchent pas de travailler. Il faut employer les gens à bon escient. Ca montre clairement qu'on est capables ! »). L'un d'eux relate d'ailleurs une anecdote assez éclairante : pourtant fortement affecté par les séquelles de ses blessures, il est, lors d'un entraînement, le seul à passer une voie d'escalade très cotée. L'un de ses camarades se met à genoux en signe de respect !

Ils voient ainsi, par leurs parcours de blessé, le caractère souhaitable, bien mené, d'accueillir des personnes en situation de handicap au sein de la gendarmerie, y compris avec des fonctions opérationnelles, pour peu que l'on s'appuie sur des capacités éprouvées (« C'est possible et souhaitable, en regardant les reportages les gens voient que la personne porteuse de handicap a toute sa place dans la société », « Un gendarme avec handicap doit pouvoir continuer à travailler en gendarmerie si on lui en donne les moyens. Mieux vaut l'adresse que la force ! », « je me suis adapté à mon handicap, je n'ai pas peur du mot »). Une évolution des mentalités est une condition nécessaire pour soutenir une telle évolution (un commandant de groupement a clairement dit à un blessé « qu'il ne pouvait rien faire et qu'il ne voulait pas d'handicapés dans son groupement »).

2.2.3 Conclusions

Capitalisant sur les résultats d'enquête, des conclusions à caractère général peuvent donner un aperçu résumé de la politique d'accompagnement des blessés.

A) Une organisation qui ne permet pas d'atteindre les effets attendus

L'organisation actuelle de l'accompagnement des blessés, essentiellement adossée à un écosystème distant, tant sur le plan géographique que fonctionnel, du blessé, ne favorise pas la prise en compte des besoins du blessé au cours de son parcours. L'organisation est plus naturellement tournée vers la réalisation de ses propres besoins, par nature en tension avec ceux des blessés. Ponctuellement et aléatoirement, ces obstacles peuvent être dépassés au prix du surinvestissement d'un personnel auprès du blessé, au demeurant de la part d'acteurs théoriquement extérieurs à l'accompagnement des blessés.

B) Un parcours reposant essentiellement sur les intéressés

L'isolement du blessé dans la résolution de ses difficultés et des obstacles à son parcours est une réalité. Il tient à la fois d'un ressenti d'abandon et de distance avec les acteurs désignés pour son accompagnement, de la méconnaissance des dispositifs de la part des blessés (voire des acteurs), du « mur administratif » constitué par ces démarches (en particulier les demandes d'indemnisation pour les affections liées au service). Cet isolement est fortement majoré lors du placement en congé de non-activité, qui se traduit pour les gendarmes par le départ de leur LCNAS vers une adresse de repli (parfois très éloignée et générant, par changement de région, un transfert du suivi administratif vers de nouveaux acteurs). Il s'agit pour eux d'une rupture complète avec leur lieu de vie sociale, incluant le lien affectif avec leurs camarades d'unité et leurs accompagnants.

Cet isolement génère par nature une forte inégalité liée aux ressources que le blessé peut mobiliser pour faire valoir ses droits, ou non, et continuer à œuvrer pour la réussite de son parcours.

C) L'importance d'un contact de confiance de proximité

Le besoin de pouvoir disposer d'un relais de proximité de confiance, légitimé par son propre parcours de blessé, revient de manière insistante. Ce constat n'est guère étonnant en regard des critiques formulées aux services en charge de l'accompagnement (manque de proactivité voire d'expertise, distance, asymétrie des échanges...) et doit être appréhendé à la lumière de tous les travaux relatifs à la pair-aidance dans le milieu du handicap, pratique favorisant la confiance par l'identification, l'empowerment tout en diminuant l'isolement et la solitude face aux démarches à effectuer.

Le rôle effectif de ce pair-aidant doit cependant être affiné car il ne peut (et ne doit) se substituer à tous les dispositifs en place, ni prendre une place de professionnel de l'accompagnement à l'emploi⁷⁹.

D) Une famille à accompagner

Le premier soutien du blessé reste l'environnement familial, pourtant fortement déstabilisé par la situation induite (rôle/relations parentales/conjugales, placement du conjoint en situation d'aidant familial, impact sur la vie sociale et professionnelle du conjoint, etc.). Cet environnement doit donc en conséquence constituer un souci premier et une pointe d'effort des dispositifs d'accompagnement du blessé. Leur relative invisibilité actuelle est par ailleurs source de fort ressentiment à l'égard de l'institution.

⁷⁹ En référence aux dispositifs médico-sociaux d'emploi accompagné, ou aux dispositifs de *job-coaching* pour travailleurs en situation de handicap.

E) Un préalable incontournable : une évaluation 360° des besoins

Les parcours de blessés étudiés ou portés à notre connaissance laissent apparaître une lacune majeure dans les processus d'accompagnement : l'absence d'évaluation initiale et globale des besoins, dans les différents domaines de vie et participation sociale. Les différents acteurs sont ainsi plutôt focalisés immédiatement sur une logique de réponses, nécessairement segmentées et limitées à leur domaine de compétence et d'intervention. Les réponses peuvent être focalisées sur des thématiques indemnitaires et médico-statutaires, en éludant la variété des autres domaines, avec une tendance structurelle à satisfaire plutôt les besoins de l'administration que ceux de la personne.

L'amélioration du processus est nécessairement conditionnée à une évaluation initiale puis continue des besoins, support indispensable à une coordination/opérationnalisation des réponses. Cette évaluation devra :

- définir une méthodologie et un outil d'évaluation des besoins ;
- identifier en conséquence l'acteur le plus approprié pour y procéder ;
- définir le rôle de cet acteur dans la concertation puis l'opérationnalisation des réponses, dans le but de pallier les inconvénients créés par la complexité et la distance des acteurs impliqués dans les réponses (cf 2.1.2).

F) Des normes productrices d'inaptitude

Un blessé a spontanément évoqué la « tyrannie du SIGYCOP », expression qui résume le constat mis en avant par la recherche sur le rôle central joué par les normes médicales d'aptitude. Si la partie 1 a permis de démontrer que ces normes, basées sur un modèle biomédical du handicap, étaient aujourd'hui en inadéquation sur les plans juridique⁸⁰ et conceptuel avec une approche contemporaine du handicap, l'enquête a également mis en valeur leur rôle dans la génération partielle et artificielle d'inaptitude pour des personnes qui sont toujours en capacité de remplir leurs fonctions. De plus, ces normes, basées essentiellement sur des diagnostics, ne permettent pas d'identifier de manière certaine les situations de handicap des personnels concernés (Ce que Minaire, dans un autre contexte, décrivait déjà en 1983 – réédité en 2012 : « dans les textes comme dans la pratique, on tient essentiellement compte du diagnostic qui est une constante. Or le handicap qui en résulte n'est jamais constant, et éminemment variable. »).

⁸⁰ Des entretiens avec des juristes comme des avocats spécialisés en droit militaire ou droit du handicap sont en cohérence avec ce constat et montrent « l'inadaptation du cadre légal aux réalités d'aujourd'hui » tout comme « l'anachronisme des normes aux progrès médicaux ».

Ainsi, le cadre médico-administratif entrave la capabilité des personnels déclarés « inaptes » qui malgré tout font face à leurs obligations, ou pourraient clairement le faire en réalisant des activités équivalentes ou plus contraignantes dans leur vie civile (sous surveillance médicale). Le « triage médico-institutionnel » (Lalanne-Berdouticq, 2020, p. 62) est ainsi un obstacle à la participation sociale des blessés et à la valorisation de leurs expertise/capacité/compétence. Plus globalement, il peut aussi induire la croyance qu'un personnel ayant un profil SIGYCOP moins bon qu'un autre est, en situation, nécessairement moins performant, ou encore que tout individu avec un bon profil SIGYCOP est performant (ou ne l'est pas avec un mauvais profil...), ce qui serait un raccourci intellectuel sans rapport avec la réalité. La capacité réelle n'est pas déterminée par les barèmes d'aptitude médicale : « le diagnostic médical est à la personne handicapée ce que l'âge est à la personne âgée : un système de classement, d'association, et finalement de ségrégation » (Minaire, 2012, p. 216).

L'évolution dans ce domaine doit viser une transition progressive d'un modèle biomédical du handicap vers un modèle social, intégrant les notions de compensation et d'aménagements raisonnables. Cette transition implique la réalisation d'évaluations en milieu professionnel et le passage vers une évaluation médicale liée au poste tenu, donc à ses exigences spécifiques et non au statut. Cette transition doit permettre l'ouverture d'une troisième voie pour le maintien en emploi, entre vision défective et vision compassionnelle, basée sur la valorisation des capacités.

G) Médecin-blessé : une alliance à conforter

La recherche permet de mettre en lumière un paradoxe important : une défiance importante du médecin militaire, conduisant nombre de militaires à privilégier l'occultation de leurs problèmes de santé par crainte des répercussions médico-statutaires, mais également l'importance d'une alliance réussie entre le blessé et le médecin militaire, clé de voûte des parcours réussis. La préservation, voire la restauration du lien de confiance entre le militaire et le médecin, est donc un enjeu central favorisant les réussites des parcours futurs de blessés.

L'évolution vers un modèle social est un facteur favorisant la préservation de ce lien si important entre le médecin et le blessé, car si le diagnostic et l'évaluation médicale des facteurs individuels relèvent du seul médecin, l'évaluation des facteurs environnementaux et les situations de handicap qui en résultent relèvent d'une évaluation plus globale, pouvant partiellement dégager le médecin militaire de sa double compétence prévention/conseil.

H) Blessé et liminalité : bascule dans une nouvelle vie

Le point clé conditionnant la réussite du parcours du blessé réside dans le facteur d'acceptation par l'intéressé, sa prise de conscience de sa transition entre l'état « d'avant » (et les capabilités liées), et l'état « d'après », alliée à une volonté de poursuivre son parcours dans l'institution. Cette transition est la condition nécessaire à une reconstruction, à une stabilisation après une période d'intenses changements dans les différents aspects de la vie de l'intéressé, élément déjà mis en évidence depuis la Grande guerre : « Plus récemment, Stéphane Audouin-Rouzeau a retracé l'instabilité et le désarroi de son grand-père dans l'après-guerre (Audouin-Rouzeau, 2013), aux côtés d'autres historiens qui ont souligné, par de nouvelles archives, combien la reprise de la vie quotidienne avait été changée et complexe, affectivement et socialement, pour les individus, les couples ou les familles (Cabanes, Piketty, 2009). » (Zygart, 2019).

Le cheminement personnel de prise de conscience et d'acceptation est éminemment variable d'un blessé à l'autre et dépend de nombreux facteurs (causes/circonstances de l'accident, importance de certains aspects du projet professionnel, complexité et durée du parcours de soin et de rééducation, environnement familial, etc.) mais il convient d'être particulièrement attentif à l'accompagnement de ce cheminement, à le favoriser chez le blessé et à identifier rapidement les étapes franchies par ce dernier, afin de réinterroger à chacune de ces étapes le projet de vie future, les besoins associés et la coordination des réponses en cohérence avec ce projet. Le contact de confiance, dans sa position de pair-aidance, semble ici être un acteur naturellement désigné.

Les blessés évoquent souvent que dans leur parcours, le pire est la blessure sociale, que l'obstacle majeur est de dépasser la perception négative de soi, partiellement construite par le regard et l'attitude de l'autre. Créer une perception et une dynamique positives, en s'appuyant sur les capacités, est le challenge auquel doivent s'atteler les accompagnants. En cela, ils doivent être soutenus par la structure institutionnelle, qui peut faire confiance aux blessés s'engageant dans une voie dynamique et résiliente valorisant leurs capacités : la « dette sociale » et la reconnaissance qu'elle aura su initier, les blessés ayant alors à cœur de démontrer ces capacités et la qualité de leur implication : « On peut ainsi lire sous la plume des grands blessés "qu'il n'est pas dans [leurs] intentions de défendre les grands invalides qui, uniquement par appât du gain, s'accrochent à un emploi sans avoir la volonté de fournir le rendement normal du travail exigé par l'emploi. Mais [qu'ils] défendront âprement ceux qui, par amour propre, par leurs capacités intellectuelles, et malgré leurs grandes infirmités, remplissent leurs fonctions normalement et à la satisfaction de leurs chefs" » (Zygart, 2019).

I) Des capacités à valoriser

La conjonction entre une approche assez compassionnelle du maintien en emploi des blessés et les limitations induites par les normes d'aptitude conduit naturellement vers un reclassement dévalorisant pour les blessés, réaffectés sur des emplois « génériques » de seconde zone, la plupart du temps avec des perspectives d'évolution très réduites. Audelà, les collectifs de travail sont régulièrement en difficulté pour accueillir un blessé, en raison du regard et du comportement des pairs, qui n'appréhendent pas nécessairement la situation.

Le tabou représenté par le handicap dans le milieu militaire a engendré un problème d'acceptabilité des usagers comme de l'institution qui *de facto* s'est abstenue de l'emploi du terme comme de la mise en place des outils appropriés pour y faire face (recueil des besoins, coordination des réponses, modalités et capacités de compensation, aménagements raisonnables...).

Or, les personnes avec déficience ne perdent aucunement les compétences et expérience acquises, et ont les mêmes souhaits de les valoriser et de continuer à bénéficier d'une carrière valorisante que les autres. Ils développent par ailleurs des capacités d'adaptation utiles au collectif.

J) Un acteur à créer : l'emploi accompagné

Comme le déplorait Facione-Roger en 2010 (p. 53), « il n'existe pas de structure adaptée à la réinsertion professionnelle des militaires dans l'armée. » Cette lacune est majeure dans l'accompagnement des blessés. Tout au plus le gestionnaire tente de trouver l'affectation qui lui paraît la plus adaptée (suivant des critères qui lui sont propres et qui peuvent être en décalage avec les besoins du blessé) en fonction des restrictions posées administrativement par le médecin militaire et des possibilités de gestion (le champ des possibles pouvant être très restreint). Ainsi, l'accompagnement des blessés n'apporte à l'heure actuelle que peu de soutien au gestionnaire, qui « fait avec », ni au collectif de travail désigné pour accueillir en affectation le blessé, qui n'a d'autre choix que de composer avec les restrictions et oscille en conséquence entre défiance, voire hostilité, et bonne volonté teintée d'improvisation. L'échec pour tous est préparé par cette absence de professionnalisation de la réinsertion, qui peut en conséquence alimenter l'opposition conceptuelle à la possibilité d'accueillir des blessés, voire une certaine inertie à la réussite des parcours de blessés (car susceptible d'apporter de nouveaux problèmes au gestionnaire et aux collectifs).

Le milieu du handicap connaît pourtant ces difficultés de manière approfondie et a mis en place ces dernières années des capacités pour professionnaliser la réinsertion : référents handicap, dispositifs d'emploi accompagné, job coaching... La réussite du retour dans le milieu professionnel ne peut se concevoir qu'en accompagnant les collectifs à appréhender de manière correcte les situations, en identifiant les aides et aménagements à mettre en place, en suivant dans la durée les situations jusqu'à une stabilisation certaine.

3 Pistes d'action

« Tout ce qui est fait pour moi, sans moi, est fait contre moi !» (Nelson Mandela)

3.1 La nécessaire évolution réglementaire

L'actuelle réglementation relative à l'aptitude médicale est un frein évident à la participation sociale des blessés de la gendarmerie. Traduisant un modèle biomédical du handicap, elle n'est plus en phase avec les conceptions modernes ni avec les tendances évolutives juridiques, aux plans national et international, et ne permet pas de tenir compte des facteurs environnementaux dans le processus de production du handicap, des possibilités de compensation et d'aménagements raisonnables, ni de valoriser et tenir compte des capacités et niveaux de performance en situation des blessés concernés.

Cette réglementation induit plusieurs effets pervers :

- en mêlant des dizaines de pathologies différentes pour chacun des sigles du profil médical SIGYCOP, elle contraint le commandement, par la modification à la hausse ou à la baisse d'un sigle dans la réglementation d'aptitude médicale, à embarquer l'ensemble des pathologies référencées sans capacité de discerner les pathologies susceptibles de créer plus d'incapacité au regard du type d'emploi concerné;
- elle peut exclure, en raison d'une pathologie référencée au répertoire analytique de l'arrêté du 29 mars 2021, un blessé disposant toutefois du niveau de performance adéquat en situation sans risque associé, par effet « d'étiquetage » de sa pathologie. Dans ce cas, la norme produit l'inaptitude en lieu et place d'une incapacité non avérée;
- elle laisse à penser que les sujets au meilleur profil médical sont des militaires plus performants quelle que soit la situation professionnelle, et ont une prévisibilité d'évolution systématiquement plus favorable que les sujets moins bien « profilés ».

Il faut dans cet esprit intégrer que la terminologie même d'« inaptitude » médicale renvoie à une idée d'incapacité à réaliser les tâches, à une diminution de la personne et donc dans l'esprit des gens à une notion de moindre valeur. Il paraît important de veiller en toutes choses à conserver la notion qui seule peut justifier l'exclusion de personnes pour motifs médicaux, à savoir une forme « d'incompatibilité » médicale avec un poste.

De fréquentes discussions relatives à l'opportunité de « baisser » ou de « hausser » le niveau d'exigence d'un sigle SIGYCOP sur le profil médical exigé pour un emploi démontre, comme l'a longuement exposé Lalanne-Berdouticq dans sa recherche relative à la Première Guerre mondiale (2020), son caractère administratif et non purement médical, et le fait qu'une norme basse puisse être tantôt pertinente, tantôt mauvaise, mais finalement décorrélée de la question de « l'aptitude » médicale liée à une définition claire des exigences liées à un emploi. La procédure d'autorisation à servir par dérogation aux normes médicales d'aptitude renforce également le caractère administratif de ces dernières, une norme « médicale » indiquant « l'inaptitude » d'un individu pouvant ainsi être contournée par une décision hiérarchique s'appuyant sur une capabilité réelle de l'individu.

Enfin, les évolutions en cours vers l'homme augmenté, les exigences physiques variables en fonction de l'âge et du sexe, sont déjà une reconnaissance en creux des diversités de capacité et de l'adaptabilité de celles-ci à l'organisation.

Trois scénarios peuvent être proposés dans cette perspective :

- H1 : un statu quo aménagé
- H2: un changement profond de paradigme
- H3 : une évolution graduelle de H1 vers H2

En gardant à l'esprit que les évolutions législatives en cours, ou des événements jurisprudentiels, peuvent à tout moment contraindre l'institution à des évolutions qu'elle se doit d'anticiper.

3.1.1 Option basse : incorporer la compensation et l'environnement dans l'évaluation de l'aptitude

Comme l'a par le passé déjà prévu la réglementation du SSA⁸¹, cette option consiste simplement à réintroduire explicitement dans la réglementation actuelle des facteurs individuels et environnementaux interférant dans le processus de production du handicap et de la compensation, en y ajoutant une notion relative aux aménagements raisonnables envisageables.

L'objectif de cette option est de contextualiser, individualiser et environnementaliser l'évaluation de l'aptitude, ces éléments pouvant ramener dans la norme de performance attendue (cf Annexe III) et permettre une déclaration d'aptitude, sans engager de parcours médico-administratif dérogatoire.

⁸¹ Cf 1.2.2 B), référence à l'instruction 2100/DEF/DCSSA/AST/AME du 1^{er} octobre 2003 (art. 16).

Grégoire CHARLE - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Études en Santé Publique

& de l'Université Rennes 2 - 2020-2021 - 71 -

3.1.2 Option haute : vers un changement de modèle

Cette option viserait à mettre en œuvre strictement le modèle social du handicap. Le handicap n'est pas identifié en fonction de critères personnels mais évalué en situation de travail pour un emploi donné. Le profil médical SIGYCOP n'est alors plus un barème automatique mais au plus un outil appelant l'attention du praticien vers un risque particulier, à évaluer ensuite individuellement et en situation en fonction des possibilités de compensation. Une déclaration d'inaptitude suit forcément la recherche préalable d'aménagements raisonnables.

Cette démarche implique d'inverser le point de vue en focalisant le point de vue sur les compétences et capacités des personnes, en les confrontant à celles attendues au sein de l'organisation et d'identifier ainsi le champ des possibles en matière de contribution.

La conception sociale du handicap peut également avoir l'avantage de faire évoluer la posture médicale vers son versant de prévention, l'évaluation situationnelle étant par essence pluri-disciplinaire et associant également un évaluateur fonctionnel. Cette évolution ne peut qu'avoir des impacts bénéfiques sur le lien de confiance entre les blessés et la médecine militaire, donc à terme un intérêt sur la santé et une diminution probable des cas problématiques de difficultés de santé ayant un impact professionnel.

3.2 De la participation des blessés

Structurer une organisation pour accompagner les blessés, évaluer périodiquement son efficacité pour réinterroger le modèle et le faire évoluer ne doit plus être conçu sans une participation effective des blessés eux-mêmes à la réflexion, voire à la mise en œuvre de ces structures.

L'auto-représentation des personnes concernées elles-mêmes relève désormais de la norme et des attendus pour l'inclusion des personnes handicapées, évolution initiée par les mouvements anglo-saxons de représentation désormais relayés par l'ONU. « Les personnes elles-mêmes handicapées sont seules à même de savoir ce qui leur convient le mieux, c'est donc à elles de proposer de meilleures solutions, de s'organiser au niveau politique et de défendre leurs droits individuels et collectifs (advocacy) » (Rochat, 2008, p. 6). Les personnes concernées sont ainsi les dépositaires de savoirs expérientiels inaccessibles aux autres personnes de l'organisation.

Structurer et faire vivre cette participation des blessés au sein de la gendarmerie est ainsi un enjeu important pour définir de la façon la plus pertinente la structuration de leur propre accompagnement, porter continuellement un regard critique sur celle-ci et contribuer à la légitimité de l'action d'ensemble.

Au-delà, et afin d'éclairer les décisions institutionnelles dans tous les champs en portant le regard spécifique des militaires blessés sur les avis à rendre, la constitution d'un quorum spécifique « blessés » pourrait être envisagé au sein du Conseil de la Fonction Militaire Gendarmerie⁸² (CFMG).

Il peut également s'agir d'intégrer des blessés dans des groupes utilisateurs participant à la conception ou à l'évaluation des matériels, locaux, logiciels pour identifier les obstacles éventuels à lever dès la conception et limiter de fait les besoins ultérieurs d'adaptation. Ce processus ne reste d'ailleurs qu'une prolongation de l'intérêt actuel à intégrer la participation de travailleurs handicapés aux nombreux outils de travail déjà communs entre les personnels militaires et civils de l'institution.

3.3 Structuration d'un soutien individualisé

3.3.1 Entrer dans une logique évaluative

Construire un parcours et un accompagnement pour un blessé ne s'improvise pas. La condition préalable à toute coordination de réponses susceptibles, par leur complémentarité, de répondre à tous les besoins du blessé et de lui proposer un parcours cohérent et efficace, est de mettre en place une culture de l'évaluation des besoins, initiale puis tout au long du parcours (cf Annexe II).

Cette culture évaluative pose la question des outils et des acteurs pour procéder aux évaluations et harmoniser les processus.

S'agissant des outils, le choix pourrait se porter vers une grille inspirée et adaptée du GEVA⁸³, en raison d'une part de la pluralité des composantes et dimensions évaluées, d'autre part par son approche favorisant une bonne appropriation administrative et sa diffusion/connaissance parmi les acteurs extérieurs potentiels.

S'agissant des acteurs, il paraît incontournable, à défaut qu'il soit lui-même collecteur de données (ce qui resterait à définir avec les principaux intéressés dans l'esprit prôné au 3.2), que l'accompagnateur de confiance (évoqué infra) puisse avoir une visibilité sur l'état de construction de l'évaluation et puisse être lanceur d'alerte sur les domaines qui lui paraissent cruciaux pour la situation concernée.

⁸² Le CFMG est une instance nationale de concertation dont les membres, élus par les militaires de la gendarmerie, ont vocation à étudier et formuler des avis sur tout sujet d'intérêt général intéressant le service de la gendarmerie. Les militaires, en raison de leur statut, ont interdiction d'adhérer à des syndicats.

⁸³ Guide d'évaluation (GEVA), décret n°2008-110 du 6 février 2008, https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees/formulaires/version-graphique-du-geva-et-son-manuel

3.3.2 Le projet de vie

Il est ici volontairement fait référence à la notion - bien connue dans le milieu du handicap - de projet de vie, introduite par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 (art. 64). Si évoquer comme base de travail le projet de vie du blessé concerné paraît être une évidence, la recherche confirme une tendance naturelle de l'organisation à être dans une logique de réponses (segmentées) et d'orientation de ces réponses en fonction des capacités et intérêts des différents acteurs, ou encore à vouloir à tout prix adapter le blessé à un environnement donné. L'objectif ici est d'inverser les logiques d'intervention en partant des aspirations et capacités du blessé concerné pour engager le travail sur un projet de vie global, incluant évidemment un volet professionnel.

Selon P. Castelein (Cours EHESP, 2021), la notion de projet vie d'une personne « se traduit en général par des objectifs d'amélioration de la participation et la mise en œuvre de plans d'intervention individualisés nécessitant la collaboration de l'ensemble des professionnels qui n'ont pas le même langage, ni la même culture professionnelle. Or l'équipe interdisciplinaire devra définir le pronostic de participation sociale de la personne en s'appuyant sur les évaluations, le jugement clinique des intervenants et l'évolution de l'usager. Ce pronostic doit se discuter dès la phase initiale d'intervention en tenant compte du pronostic médical, des compétences, des problèmes, des attentes de l'usager et des changements significatifs observés en relation avec les habitudes de vie antérieures ou à développer. C'est un processus dynamique qui suit les changements et propose des actions adaptées aux besoins de la personne. »

Si l'intérêt du projet de vie est évident, la démarche reste toutefois associée à un processus difficile, illustré par les entretiens de blessés, difficulté majorée pour des militaires confrontés tardivement dans leur parcours de vie à la déficience, dans un environnement professionnel cultivant le corps parfait et instituant de fortes limitations dès l'apparition de pathologies et de troubles du fonctionnement, qui rendent impossible toute perspective de réalisation du parcours professionnel souhaité. Le travail de deuil et d'acceptation est le préalable nécessaire à l'établissement d'un projet de vie réaliste et assumé, source de confiance en l'avenir et de motivation pour accomplir son parcours.

La matérialisation d'un projet permet par ailleurs la définition d'objectifs concrets en termes d'interventions et réponses et la coordination de celles-ci lors de la phase d'opérationnalisation. Le besoin est d'autant plus aigu en raison de la diversité des acteurs, de leur éclatement et leur répartition géographiques. Viet (2015, p. 368) ne fait pas un autre constat sur les difficultés d'opérationnalisation posées il y a un siècle pour les mutilés de guerre : « La démarche [...] consista, d'une part, à développer séparément les éléments constitutifs du « système de réinsertion » : rééducation fonctionnelle, appareillage, rééducation et adaptation professionnelles, assistance sociale aux mutilés ;

et, d'autre part, à conjoindre ces éléments renforcés en vue d'optimiser le retour du mutilé à une existence « normale ». La tâche était d'autant plus malaisée que la spatialisation délibérée du problème national des mutilés (chacun d'eux étant rapproché de son foyer) se conjuguait avec son caractère pluridimensionnel (social, médical, technique, professionnel, etc.) ».

3.3.3 Un accompagnateur de confiance : le blessé senior

Avoir un interlocuteur de proximité et de confiance, immédiatement puis dans la durée du parcours, est une demande unanimement exprimée par les blessés. Leurs besoins relatifs à cet interlocuteur font clairement référence à une notion de pair-aidance, à la nécessité d'être soutenu par un militaire ayant l'expérience personnelle de ce qu'ils sont amenés, plus ou moins soudainement, à affronter. Sa proximité et le lien de confiance établi peut également permettre de palier l'invisibilisation.

Cet interlocuteur peut contribuer activement dans les domaines suivants :

- la mise en place des mesures d'urgence lors d'un fait générateur soudain ;
- l'intermédiation entre le blessé et les acteurs de son accompagnement tout au long du parcours, avec une mission particulière de lanceur d'alerte ;
- l'accompagnement dans l'acceptation et la prise de conscience pour construire un projet de vie réaliste⁸⁴ mais qui ne nie pas les capacités de la personne, motiver et lutter contre le sentiment d'abandon.

En veillant systématiquement à ce que l'environnement du blessé, dans les mesures prises, soit pris en compte dans son intégralité (en particulier l'environnement familial) et à activer la mise en place pro-active des démarches administratives au profit des blessés, en contribuant au devoir d'information à cet égard.

Pour rendre effectif et efficace cet accompagnement de proximité, il est préconisé d'instaurer un réseau national de blessés senior, avec des personnels disponibles au niveau départemental pour garantir le double effet positif de proximité géographique (donc, potentiellement, relationnelle) et appartenance à la même unité, le groupement de gendarmerie. Les personnels ressources devront nécessairement être volontaires et avoir connu eux-mêmes un parcours de blessé (gage de légitimité, de connaissance et expérience sur les dispositifs et les vécus), et disposer au besoin d'un crédit de temps dédié à cette mission, à l'instar des membres de la concertation. Plusieurs expérimentations ont eu lieu en gendarmerie ces deux dernières années pour instaurer des « référents » blessés. Les retours d'expérience réalisés, comme des entretiens alternatifs menés dans le cadre de la recherche, confirment la pertinence de l'accompagnement de proximité, tout comme l'importance déterminante de disposer de

⁸⁴ Au cours d'entretiens, des blessés ont évoqué le « lien de confiance aussi pour motiver le personnel à prendre les bonnes décisions ».

personnels volontaires et motivés par la mission, et de ne pas désigner par défaut les membres de la concertation.

La constitution d'un tel réseau devra s'accompagner d'une mise à disposition d'outils dédiés et de compléments de formation, idéalement co-construits avec les personnes concernées.

3.3.4 Développer une capacité d'accompagnement à la réinsertion

La recherche a fait apparaître un défaut de capacité majeur pour faciliter et optimiser les parcours de blessé : la gendarmerie ne dispose pas d'entité dédiée à l'accompagnement à la réinsertion. Les outils les plus efficaces en matière de maintien/retour à l'emploi de personnes avec handicap parviennent à conjuguer le facteur humain ainsi que l'environnement réel (ou envisagé) de travail. Cette capacité a donc pour rôle de « trianguler » avec le blessé concerné et son collectif de travail (incluant la hiérarchie de contact). Positionner ainsi un tiers accompagnateur professionnel, accompagnant simultanément le blessé et le milieu de travail supposé l'accueillir (qui disposent ainsi du même interlocuteur), permet ainsi de dépasser de nombreux obstacles et apporter des solutions adaptées aux deux « parties ». Elle doit aussi permettre, par la confrontation avec le réel⁸⁵, de faire face aux préjugés du milieu de travail, tout comme aux souhaits irréalistes/déraisonnables ou encore aux craintes du blessé concerné, contribuant ainsi à la mise en place et l'évolution du projet de vie.

Cette capacité d'accompagnement à la réinsertion prend la forme, dans le milieu du handicap, de la démarche d'emploi accompagné et repose essentiellement sur l'intervention de *job coach*. Ces professionnels du handicap, dans leur position entre la personne et le milieu de travail, sont à l'intersection entre la sphère professionnelle, les sphères sociale et sanitaire. Leur démarche est cohérente avec une conception interactive du handicap, résultant des interactions entre caractéristiques individuelles de la personne et du milieu de travail, en évaluant parallèlement les possibilités d'adaptation et de compensation, de la personne comme du milieu de travail. L'intervention du *job coach* est évidemment réalisée sur site en situation.

Cette intégration du blessé au collectif de travail est cruciale car de la posture de ce collectif dépend la réussite de la manœuvre. Certaines déficiences sont plus ou moins simples à intégrer en fonction des situations de travail et des attendus dans les unités de gendarmerie. Certaines déficiences ou pathologies, notamment invisibles, sont, comme relaté par certains blessés, source de malentendus qui peuvent dégénérer rapidement en conflits et remettre en question la réussite d'une intégration. Si elle peut s'améliorer par

⁸⁵ Les essais encadrés de mise en situation de travail, dans le cadre des parcours de blessés, ont été rendus possibles par le décret n°2020-1678 du 23 décembre 2020, modifiant notamment l'article R4138-54 du code de la défense.

des campagnes de communication et sensibilisation au handicap, il est probable que la plupart des collectifs de travail y soient insensibles ou peinent à être touchés par ces communications, car non directement concernés. Une action du *job coach* contextualisée, adaptée à la situation, est donc primordiale pour la compréhension du collectif, son association à la démarche, à plus forte raison si les mesures envisagées sont susceptibles de générer des aménagements larges (modes de management, contours missionnels et répartition des rôles entre personnels...).

Compte tenu des compétences détenues en interne gendarmerie, la mise en place d'une telle capacité sera liée à un marché public.

3.4 Des aménagements raisonnables en gendarmerie

Le modèle social du handicap s'accompagne d'une logique d'intervention focalisée sur la levée des barrières et a profondément transformé les approches, qui peuvent rester influencées par une approche exclusivement biomédicale du handicap, fondée uniquement sur les facteurs personnels sans référence à l'environnement de travail. Ainsi, envisager des aménagements raisonnables est un mode d'intervention qui n'envisage pas le blessé uniquement comme un militaire potentiellement inapte mais qui s'inscrit dans une logique situationnelle et environnementale.

Par ailleurs, une approche biomédicale qui catégorise le blessé comme un militaire « à part » ne tient pas compte du caractère universel et de la relativité des situations de handicap :

- universel, car tout militaire peut y être confronté, ou y sera confronté, à tout moment du fait d'un accident, d'une maladie ou tout simplement du vieillissement au travail, de manière temporaire ou définitive;
- relatif, car la situation de handicap s'apprécie par rapport à un environnement donné et par rapport à une norme en vigueur. Plus la norme est élevée (niveau de performance, rythme de travail, sélectivité) plus on fabrique de travailleurs inaptes à y répondre et d'exclusion.

Les aménagements raisonnables viennent modifier un environnement pour effacer les obstacles qu'il peut induire pour la réalisation des habitudes de vie et rôles sociaux d'une personne en situation de handicap. La CIDPH définit l'aménagement raisonnable comme « les modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou indue apportés, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour assurer aux personnes handicapées la jouissance ou l'exercice, sur la base

de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales ».

L'adaptation ne se limite pas aux aménagements matériels du poste de travail individuel. Elle peut concerner des aspects très larges de l'organisation du travail : horaires, rythme de travail, objectifs, répartition des tâches, mode d'encadrement... Le Défenseur des droits (2017) en a fait une présentation complète dans un guide visant à mieux faire connaître cet impératif légal aux employeurs.

Du lien avec la politique de prévention

L'exercice professionnel, s'il est d'un intérêt majeur dans le parcours du blessé par ses effets positifs sur le soin, l'estime et le projet de vie, peut aussi plus globalement être source de problèmes de santé. Il doit ainsi éviter d'être par lui-même générateur de handicap, en dehors d'événements particuliers affectant la santé des militaires. La politique de santé au travail est donc un facteur de prévention primaire et base d'une politique dédiée au handicap. Elle doit aussi veiller à ne pas aggraver des difficultés de santé. Adapter les conditions et l'organisation du travail est donc intimement relié à la politique à destination des personnels avec handicap. Il s'agit de la première étape pour favoriser le handicap dans l'emploi : prévenir les risques professionnels et les risques de handicap et de désinsertion.

Les aménagements profitent à tous

Les aménagements réalisés pour les travailleurs handicapés profitent globalement à toute la structure, comme l'évoque Gros (2020, p. 125). Les mesures d'adaptation, d'accessibilité, ou encore les réflexions sur les aménagements de poste génèrent ainsi une montée en compétences relationnelle, organisationnelle, technique et communicationnelle de l'ensemble des personnels. La compensation des handicaps a été à l'origine de nombreuses innovations, accessibles à tous et profitables pour tous. Faciliter leur maintien dans les environnements professionnels stimule la créativité innovatrice qui peut faciliter le travail et le quotidien de chacun.

Un recul de la focale sur l'ensemble du collectif de travail est par ailleurs un facteur puissant pour favoriser l'acceptation de l'intégration et dépasser l'incompréhension, voire la jalousie, suscitées par des aménagements particuliers.

Des sources anglo-saxonnes⁸⁶ mettent également en évidence les effets bénéfiques attendus pour les organisations : élargissement du vivier de recrutement, diversité comme facteur de compétitivité, capacité d'innovation et compétences spécifiques des travailleurs handicapés, rapport coût/bénéfice (maintien en emploi de travailleurs handicapés *vs* embauche et formation de nouveaux travailleurs), amélioration du climat social, potentiel de croissance économique, effet positif sur l'image...

• Du travail à distance

Le travail à distance, que la crise sanitaire liée au SARS-CoV-2, a également été l'occasion du développement significatif du travail à distance au sein de la gendarmerie et de la mise à disposition de solutions informatiques permettant un travail à isofonctionnalité en mobilité. Cette perspective ouvre des voies d'aménagement jusqu'alors largement inopérantes pour les parcours de blessé en autorisant une forme de souplesse, modulable, dans l'organisation du travail.

Des postes

Évoluer vers une politique d'aménagement raisonnable engage certainement toute institution à réinterroger les contours des postes de travail et à sortir, notamment dans une administration militaire, d'une approche assez rigide des emplois-type, de la polyvalence et du principe d'interchangeabilité des personnels. Cette polyvalence est probablement très discutable, ne serait-ce que par application de principes sains de gestion des ressources humaines par valorisation et anticipation des compétences et expériences acquises en fonction des attendus des postes à pourvoir, principes qui ont vocation à être développés via la gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences (GPEEC).

Une réflexion peut être menée en parallèle sur la compatibilité *a priori* de certains types de déficiences avec les postes de travail, en tenant compte des aménagements réalisables, pour faciliter le repérage et l'orientation des gestionnaires. Cette évolution trancherait avec une logique de maintien en emploi sous réserve que le blessé soit pleinement compatible avec le poste. « L'entreprise qui sait adapter les conditions de travail aux besoins spécifiques d'une personne, qu'elle soit ou non handicapée, se penche nécessairement sur la place et la valeur des hommes dans sa société⁸⁷ ».

86 Voir par exemple: UK Department for Work and Pensions, Employing disabled people and people with health conditions (https://www.gov.uk/government/publications/employing-disabled-people-and-people-with-health-conditions) ou encore l'étude Accenture publiée en 2018, Getting to equal : the disability inclusion advantage (https://www.accenture.com/_acnmedia/pdf-89/accenture-disability-inclusion-research-report.pdf)

⁸⁷ Rédaction, L. (2015, 4 septembre). Les barrières entre le handicap et la performance tendent à se lever. gpomag.fr. https://www.gpomag.fr/web/management-rh/management/les-barrieres-entre-le-handicap-et-la-performance-tendent-a-se-lever

3.5 Mieux connaître pour agir

Dans le milieu ordinaire public comme privé, la réalité du handicap et des difficultés de santé au travail est déjà mal connue, tant par la focalisation sur la reconnaissance administrative liée à l'OETH que par le phénomène de sous-déclaration. La population des personnes ayant des déficiences est par ailleurs très hétérogène, recouvrant des situations extrêmement diverses selon la nature, l'origine, la sévérité des atteintes, et selon l'environnement, qui peut compenser ou au contraire aggraver une déficience. Cette diversité est sous-estimée et mal prise en compte par le monde du travail, avec une attention tendant à se concentrer sur les handicaps les plus « visibles ». Les formes de déficiences et incapacités, les besoins spécifiques liés aux attendus des postes occupés sont des données, à plus forte raison dans une institution non concernée par l'OETH et réputée hors champ du handicap, dont la collecte n'est pas organisée. Cette lacune prive toute mise en place d'une politique publique adossée à des repères nécessaires quant à la situation dans la perspective de la construction d'une réponse adaptée.

De la même façon, la gendarmerie organise encore de manière lacunaire ses enquêtes en matière de parcours de blessé et pourrait utilement instituer des collectes évaluatives des performances et satisfactions liées à ces derniers. Elles permettraient par ailleurs de compléter durablement l'enquête qualitative établie dans le cadre de la présente recherche et mesurer l'évolution dans le temps des effets de l'accompagnement des blessés.

Cet effort porté vers la collecte de données vise ainsi :

- une amélioration et une diffusion de la connaissance pour répondre efficacement aux besoins;
- un comblement des lacunes de l'appareil statistique et un recueil des données suffisamment régulier pour orienter les décisions institutionnelles ;
- l'émergence d'une approche prospective pour mieux appréhender l'évolution des altérations fonctionnelles et des pathologies, pour mesurer les écarts éventuels entre sphères géographiques, fonctionnelles en améliorant par ce biais la politique de prévention;
- mieux connaître les différents types de déficiences, leurs conséquences, les besoins qu'elles engendrent et les modes de compensation possibles dans la diversité des environnements de travail de la gendarmerie.

L'instauration d'une étude au long cours mesurant les résultats en termes de participation sociale, pour les blessés, tout au long des parcours d'accompagnement.

Cette étude pourrait intégrer les outils de la Mesure des habitudes de vie⁸⁸ (MHAVIE) adaptés au contexte spécifique de la gendarmerie, en appuyant notamment sur la réalisation des rôles sociaux. Cette méthode a l'avantage de permettre une mesure longitudinale du degré de satisfaction des intéressés, l'efficacité ressentie du dispositif et d'identifier les facteurs sources d'insatisfaction pour réorienter celui-ci.

La poursuite régulière d'enquêtes qualitatives doit pouvoir, en complément, permettre d'investiguer les points particuliers d'intérêt et les zones d'ombre de la présente recherche.

3.6 De l'information et des traitements administratifs

Le défaut d'information est un point important engendrant un fort ressentiment des blessés à l'égard de l'institution dans le parcours qu'ils ont accompli. Ce défaut peut être étendu notamment à la famille (en position, si le militaire concerné est en incapacité d'accomplir lui-même les démarches en raison par exemple d'une hospitalisation, de s'y substituer, et de méconnaître par ailleurs les possibilités offertes à celui ou celle brutalement devenu proche aidant), ainsi qu'à la hiérarchie de contact (peu rodée aux démarches à accomplir, ainsi qu'aux points de vigilance à avoir). L'institution doit donc avoir le souci de créer des supports d'information thématiques, voire des pas-à-pas pédagogiques, numérisés, et placés en source ouverte directement accessible depuis Internet par les blessés et leurs familles, comportant également des dossiers thématiques destinés aux réactions à adopter et démarches à accomplir par l'environnement de travail du blessé.

Le ministère des Armées a initié depuis plusieurs années un projet de Maison numérique du blessé. Ce projet répond partiellement aux besoins de disponibilité en source ouverte d'une plateforme de réalisation des démarches et de partage des documents officiels liés à une situation de blessé (en raison du caractère partiel de son opérationnalité d'une part, du besoin d'accessibilité aux gendarmes, relevant du ministère de l'Intérieur, d'autre part, et enfin en raison de sa focalisation sur les demandes d'indemnisations financières spécifiques aux situations des blessés en service). La gendarmerie peut poursuivre en autonomie un projet de dépôt en ligne des documents et décisions relatifs à l'un de ses personnels, en s'appuyant sur son SIRH moderne et doté d'une capacité de gestion électronique de documents pour laquelle la maîtrise des droits d'accès aux personnes ayant besoin d'en connaître est techniquement réalisable.

Conclusion

« Godart avait déclaré : "il est quelqu'un qui doit, avant tout, être représenté : c'est le blessé. Eh bien, je serai le blessé! Et j'ai constamment envisagé tous les problèmes de tous les ordres qui se présentaient à moi, au seul point de vue du blessé. Je me suis toujours demandé : qu'exige l'intérêt du soldat, qu'exige le bien du blessé?" » (Viet, 2015, p. 291)

Envisager une approche différente pour améliorer la participation sociale des blessés de la gendarmerie relève à la fois d'une étude historico-juridique et d'une étude des pratiques et processus d'accompagnement des personnels blessés. Cela suppose de réinterroger la conception même de la notion de handicap au sein d'un milieu qui, s'il a pu être par les circonstances de l'Histoire le point de départ de nos politiques publiques en la matière, reste hermétique à l'usage même de cette notion. Les fondements des normes médicales conduisant à l'exclusion, ou à l'éviction, de personnes porteuses de déficiences, sont aujourd'hui dépassés par les concepts comme les évolutions juridiques et devront à échéance s'y conformer, de manière endogène ou exogène. Le monde est en effet entré de plein pied, au sein du modèle social du handicap, dans une approche sociopolitique appelant un traitement par l'égalité des droits et la non-discrimination dont le fondement est la CIDPH.

Mais ces évolutions ne doivent pas nécessairement être vues ou appréhendées de manière négative en raison de préjugés et conceptions négatives des capacités des personnes handicapées, il est vrai fortement ancrés dans la société française. Ces évolutions doivent s'appuyer sur les capacités en situation des blessés concernés et des outils adaptés et modernes d'inclusion des travailleurs handicapés. Cette approche peut permettre de faire émerger, complémentairement, une 3° voie d'accompagnement, entre une gestion défective du handicap orientée vers la reconversion et une gestion compassionnelle orientée vers un maintien complaisant. Cette voie ferait alors honneur à la résilience de nos blessés en les utilisant à leur juste valeur.

Les processus d'accompagnement doivent parallèlement évoluer pour organiser plus efficacement la détection puis le parcours des blessés, sans distinction parmi eux. Tous les blessés ne sont pas des héros. Il faut veiller en toutes choses, et dans l'esprit de chacun, à ce qu'être un héros ne soit pas un préalable pour bénéficier d'un traitement efficace par l'institution.

En début de recherche, je formulais les six hypothèses suivantes :

1- La première concernait l'insuffisante diffusion du modèle social du handicap et de la CIDPH dans la culture et l'organisation militaires. Nous avons ainsi pu confirmer que l'évaluation de l'aptitude des militaires était encore basée sur le modèle individuel et

strictement biomédical. Elle constitue un obstacle majeur à la participation sociale des blessés, en particulier pour ceux d'entre eux qui ont des capacités résiduelles, le cas échéant compensées, suffisantes pour envisager dans de bonnes conditions un maintien en emploi. Elle exclut également de manière générale toute possibilité de valoriser des compétences différentes et celle, pour une personne handicapée, de faire valoir sa volonté d'exercer une forme extrême de citoyenneté, celle de servir son pays sous l'uniforme.

- 2- La deuxième concernait une approche évaluative des besoins des blessés (et aidants) insuffisamment connue, mobilisée puis coordonnée. La recherche qualitative a largement permis de confirmer cette hypothèse et d'envisager des perspectives d'évolution par la conception d'outils adaptés et l'organisation de leur utilisation.
- 3- La troisième pointait l'absence d'outils classiques visant le maintien en emploi pour l'expression des capacités des personnels handicapés, confirmée tant par la recherche que par la connaissance personnelle de l'institution. Cette absence constitue un besoin fort de création de capacité pour apporter le professionnalisme adapté à l'intégration en collectifs de travail de blessés avec déficiences.
- 4- La quatrième évoquait l'existence de freins importants liés aux préjugés sur le handicap et la psychologie collective militaire pour exprimer pleinement les potentialités liées au maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap. Cette hypothèse est partiellement infirmée par la réalité des pratiques, pouvant ponctuellement s'écarter de la réglementation, ainsi que par des entretiens, formels ou informels, avec des personnels qui font clairement état de leur ouverture à l'accueil de blessés avec déficiences dans nos rangs.
- 5- La cinquième avançait l'intérêt de travailler sur les capacités plutôt que les inaptitudes, hypothèse reliée notamment aux première et troisième, dont la pertinence a pu être confirmée au cours de la recherche qualitative.
- 6- Enfin, la sixième et dernière présupposait l'impact du rôle et de l'organisation de la médecine militaire sur la participation sociale des personnels handicapés, impact qui est évidemment majeur dans la définition des capabilités des blessés. La recherche pointe à la fois une forte défiance du militaire à son endroit, en raison de sa double compétence prévention-expertise, et son rôle positif et central dans les parcours réussis de blessés. Entretenir la confiance et la synergie dans ces parcours doit être une préoccupation première, à laquelle peut globalement concourir une redéfinition du modèle d'aptitude et du rôle du médecin.

Des travaux relatifs à l'aptitude (et à la gestion des personnels inaptes) émaillent depuis plusieurs années les réflexions internes à la gendarmerie, les réflexions ministérielles voire interministérielles avec le ministère des Armées. Cette recherche

permet de porter un autre regard guidé avant tout, non pas par une approche médicoadministrative de l'aptitude, mais par le concept du handicap.

Cette recherche m'aura permis de faire une synthèse entre des constructions professionnelles solidement formatées sur les notions d'aptitude, mon expérience personnelle du handicap et enfin les apports théoriques de la scolarité à l'EHESP.

Elle comporte néanmoins des angles morts :

- avoir une approche plus large de la problématique posée par les « inaptes » à l'institution, notamment celle des personnels recherchant une forme d'inaptitude pour différents motifs (échappement des contraintes, orientation des affectations, épuisement,...) dont la logique est à front renversé de celle des blessés, qui souhaitent à tout prix retrouver leurs aptitudes et démontrer leur utilité.
- ne pas avoir étudié des blessés psychiques, dont on peine d'ailleurs à mesurer la prévalence au sein de l'institution.

Collectivement, nous apportons des solutions qui sont orientées par la façon dont nous définissons le problème.

« Nous sommes ce que le regard des autres fait de nous.

Quand le regard des autres nous méprise, nous devenons méprisables.

Et quand le regard des autres nous rend merveilleux, eh bien...nous sommes merveilleux.

L'important, c'est de se voir merveilleux dans le regard des autres... » (Albert Jacquard)

Bibliographie

- Millous, P. (1933). Le coefficient de robustesse ou indice Pignet chez les Noirs de la cote occidentale d'Afrique. *Journal de la Société des Africanistes*, 57-72. https://doi.org/10.3406/jafr.1933.1544
- OMS (1980). Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages,

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41005/9782877100205_fre.pdf;sequence =1

- Ewald, F. (1986). L'État Providence. Grasset.
- Dugain, M. (1998). La Chambre des officiers. JC Lattès.
- OMS (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf
- Convention relative aux droits des personnes handicapée, (ONU). (2006, décembre). https://www.un.org/development/desa/disabilities-fr/la-convention-en-bref-2/texte-integral-de-la-convention-relative-aux-droits-des-personnes-handicapees-13.html
- Guest G, Bunce A, Johnson L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*. 18(1):59-82. doi:10.1177/1525822X05279903
- Crété, M. (2007). Hand in cap : tous dans le même chapeau : Le handicap ne peut-il plus être fruit du hasard?. *Journal français de psychiatrie*, 4(4), 11-13. https://doi.org/10.3917/jfp.031.0011
- Robeyns, I. (2007). Le concept de *capabilité* d'Amartya Sen est-il utile pour l'économie féministe?. *Nouvelles Questions Féministes*, 26, 45-59. https://doi.org/10.3917/ngf.262.0045
- de Blic, D. (2008). De la Fédération des mutilés du travail à la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés: Une longue mobilisation pour une « juste et légitime réparation » des accidents du travail et des maladies professionnelles. *Revue française des affaires sociales*, , 119-140. https://doi.org/10.3917/rfas.082.0119
- Marissal, J. (2009). Les conceptions du handicap : du modèle médical au modèle social et réciproquement.... *Revue d'éthique et de théologie morale*, S(HS), 19-28. https://doi.org/10.3917/retm.256.0019
- Israël, L. (2009). *L'arme du droit*. Paris: Presses de Sciences Po. https://doi.org/10.3917/scpo.israe.2009.01
- Fougeyrollas, P. (2009). Entretien avec Patrick Fougeyrollas. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 45, 165-174. https://doi.org/10.3917/nras.045.0165

- Facione-Roger, J. (2010). Place de la médecine physique et de réadaptation dans le soutien santé des forces armées : historique, état des lieux et perspectives. (Thèse). https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731904/document
- Frattini, M. (2010). Une médecine active : comment le travail prend valeur thérapeutique. Dans : Lazare Benaroyo éd., *La philosophie du soin: Éthique, médecine et société* (pp. 267-282). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.hanle.2010.01.0267"
- Winance, M. & Ravaud, J. (2010). Le handicap, positionnement politique et identité subjective: Le cas des pays anglo-saxons. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 1(1), 69-86. https://doi.org/10.3917/ccgc.004.0069
- Minaire, P. (2012). Le handicap en porte à faux. *Alter*, *6*(3), 214-222. https://doi.org/10.1016/j.alter.2012.05.007
- Barel, Y. & Frémeaux, S. (2010). Quel sens ont les démarches d'intégration des salariés en situation de handicap pour les parties prenantes? Le sens donné par les DRH et chargés de mission. *Management* & *Avenir*, 33, 204-222. https://doi.org/10.3917/mav.033.0204
- Michel, M. (2013). 14-18, LE SPORT SORT DES TRANCHÉES : un héritage inattendu de la Grande Guerre (French Edition). LE PAS D OISEAU.
- Bacqué, M. & Biewener, C. (2013). L'empowerment, un nouveau vocabulaire pourparler de participation? [1]. *Idées économiques et sociales*, 173, 25-32. https://doi.org/10.3917/idee.173.0025
- Prost, A. (2014). 28. Les anciens combattants . Dans : Michel Pigenet éd., Histoire des mouvements sociaux en France: De 1814 à nos jours (pp. 316-323). Paris: La Découverte. https://doi.org/10.3917/dec.pigen.2014.01.0316"
- Ville, I., Fillion, E., & Ravaud, J. (2014). *Introduction à la sociologie du handicap* (Ouvertures politiques : Histoire, politiques et e) (French Edition). DE BOECK SUP.
- Waser, A., Lhuilier, D., Huyez-Levrat, G., Brugeilles, F. & Lénel, P. (2014). Maladies chroniques, handicap et gestion des situations de travail. *Sciences sociales et santé*, 32, 79-106. https://doi.org/10.3917/sss.324.0079
- Inspection Générale des Affaires Sociales. (2015, mai). Rapport du Groupe de Travail « Aptitude et médecine du Travail ».
- https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_du_groupe_de_travail_aptitude_medecine_du_travail_2014-142R_.pdf
- Omnès, C. (2015). La réinsertion professionnelle des pensionnés de guerre en France : la loi du 26 avril 1924. Un legs de la première guerre mondiale ?. *Revue d'histoire de la protection sociale*, 1(1), 167-181. https://doi.org/10.3917/rhps.008.0167
- Reding, R., & Vanwijck, R. (2015). LES LEÇONS MÉDICALES DE LA GRANDE GUERRE. Revue de la Faculté de Médecine et Médecine dentaire de l'Université

catholique de Louvain. Published. https://www.louvainmedical.be/fr/article/les-lecons-medicales-de-la-grande-guerre

- Viet, V. (2015). *La santé en guerre, 1914–1918*. Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- Blatman, M. (2016, décembre). L'effet direct des stipulations de la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées Rapport au Défenseur des Droits. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/02. rapport de michel blatman.pdf
- Dubois, O. (2017). La gestion de l'inaptitude dans la gendarmerie nationale : "histoires » individuelles ou « histoire » institutionnelle ? [mémoire de master Gestion des ressources humaines, Université Paris II Panthéon-Assas]
- Défenseur des droits. (2017, décembre). Guide : Emploi des personnes en situation de handicap et aménagement raisonnable.

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ 171205 ddd guide amenagement num accessible.pdf

- Zygart, S. (2019). Lois et expériences dans l'entre-deux-guerres, des invalides aux handicapés. *Alter*, *13*(4), 231-243. https://doi.org/10.1016/j.alter.2019.08.004
- Revillard, A. (2019). *Handicap et travail*. Paris: Presses de Sciences Po.
- Commission de la défense et des forces armées, Assemblée nationale. (2019, septembre). Rapport d'information en conclusion des travaux d'une mission d'information sur le suivi des blessés (N^O 2247).

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion_def/l15b2247_rapport-information#

- Gardien, E. « *Pairjectivité* : des savoirs expérientiels ni objectifs, ni subjectifs », Éducation et socialisation [En ligne], 57 | 2020, mis en ligne le 17 septembre 2020, DOI : https://doi.org/10.4000/edso.12581
- Gros, K. (2020). *Professionnaliser les référents handicap (Actions sociales)*. ESF EDITEUR.
- Lalanne Berdouticq, A.-M. (2020, décembre). *Aptitude militaire et sélection médicale des recrues : France-Angleterre (années 1900–1918)* (Thèse). http://www.theses.fr/2020PA100126
- Réseau international sur le Processus de production du handicap. (2021). *Le modèle MDH-PPH*. RIPPH. https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/
- Empowerment. (2021, 19 mai). Dans *Wikipédia*. https://fr.wikipedia.org/wiki/Empowerment

Liste des annexes

- Annexe I : trame d'entretien avec les blessés
- Annexe II : étapes d'un parcours de blessé
- Annexe III : définition du besoin dans l'écart aux objectifs de réalisation d'une tâche

Trame d'entretien avec les blessés

1. Préparation de l'entretien :

(Informations collationnées sur dossier par l'enquêteur)

- a. Recueillir les informations sur l'origine / la genèse de la déficience (événement générateur / apparition pathologie...)
 - i. Le contexte :
 - 1. Exposé des faits
 - 2. Date des faits et délai entre faits et ce jour
 - 3. Blessure en service
 - 4. Blessure hors service
 - 5. Intervention d'un tiers
 - ii. Conséquences séquellaires
 - 1. Physiques
 - 2. Psychologiques
 - iii. Nombre de victimes
 - 1. Gendarme seul
 - 2. Pluralité de Gendarmes
 - 3. Gendarme + Famille
 - 4. Gendarme + tiers
- b. Processus médico-statutaire
 - i. Position du militaire concerné (en activité/en inactivité CLM, CLDM, CB, autre...)
 - ii. Situation vis-à-vis des normes médicales d'aptitude (cf arrêté 12/09/2016):
 - 1. Inaptitudes lourdes (cat 2/3)
 - 2. Inaptitude définitive à servir
 - 3. Dérogation à servir/restrictions d'emploi
 - 4. Réforme envisagée/réalisée
 - iii. Orientations envisagées en termes de maintien en emploi : reprise/poursuite dans l'emploi, reclassement comme militaire, orientation CSTAGN, orientation personnel civil...
- c. Éventuels entretiens déjà effectués en relation avec la situation :

- i. Hiérarchie
- ii. Assistante sociale...
- d. Point sur les démarches effectuées
 - i. RH
 - ii. Reconversion/Formation
 - iii. MDPH (en particulier RQTH)
- e. Personnes à enquêter
 - i. Conjoint
 - ii. Entourage proches (amis...)
 - iii. Personnes qui assurent le suivi (Gestionnaire / assistante sociale...)

2. Prise de contact avec l'enquêté :

- a. Présentation générale
 - i. Mission Accompagnement du Handicap
 - ii. Personnelle (Parcours, lettre de mission...)
- b. Présentation de l'enquête :
 - i. Objectifs de l'enquête : mieux cerner et comprendre les perceptions de leur propre parcours de personnel blessé
 - ii. Donner la parole et recueillir l'expérience des personnes directement concernées (Démarche innovante et pleine de sens qui constitue une première en Gendarmerie)
 - iii. Finalités : mieux comprendre les incohérences et lacunes du dispositif actuel pour proposer des évolutions qui fassent sens pour les bénéficiaires.
- c. L'accompagnement actuel des blessés a été élaboré par des personnes non concernées et qui ne vivent pas ces parcours
- d. L'entretien est anonyme : l'objectif est d'identifier les enjeux et les tendances grâce à une multitude d'entretiens. La liste des personnes enquêtées ne sera pas communiquée à l'extérieur de la mission. Les contenus sont anonymisés et agrégés pour en tirer des tendances générales. Sauf demande express de la personne dans le cadre d'un appui

à sa situation, aucune démarche ne sera initiée par la mission suite à l'entretien.

- e. Demander si la personne interviewée souhaite que l'on prévienne sa hiérarchie, afin qu'elle bénéficie d'un temps dédié sur son temps de travail (personnels en activité).
 - i. Si refus -> entretien à faire en dehors du temps de travail
 - ii. Recueillir consentement à une prise de notes, voire à un enregistrement vidéo de l'entretien (au seul usage de l'enquêteur, afin de fluidifier l'entretien et de réaliser la prise de notes ultérieurement)

3. Trame de l'entretien

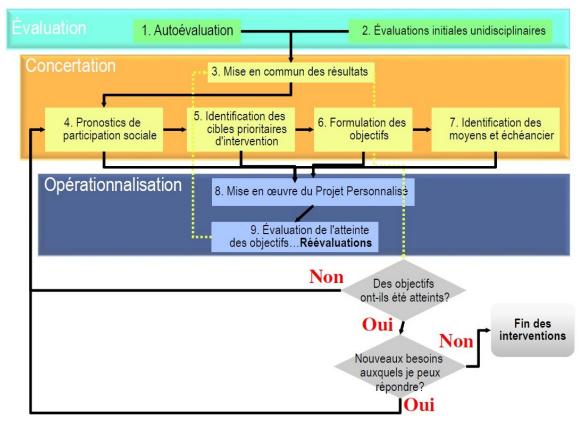
- a. Pourriez-vous m'exposer votre parcours ?
 - i. Enfance
 - ii. Cursus scolaire
 - iii. Milieu familial
 - iv. Fratrie
 - v. Cursus professionnel
- b. Récit libre de l'Accident/Maladie vécu
- c. Orientation sur des aspects clés :
 - i. Avez-vous rencontré des difficultés ? Quand ont-elles débuté ?
 - ii. Quelles ont les étapes que vous identifiez dans votre parcours ?
 - 1. Quel a été votre ressenti lors de ces étapes ?
 - iii. Quelles difficultés rencontrées ?
 - 1. Médicales
 - 2. Administratives -> Gendarmerie
 - 3. Professionnelles -> Hiérarchie, collègues...
 - 4. Personnelles -> Familiales
 - iv. Quels ont été vos interlocuteurs (CAB ? BAP ? A-t-il eu un référent ? Désigné ou « spontané » ?...)
- d. Identifier les besoins et attentes
 - i. Aux différentes étapes de votre parcours, comment définiriez-vous ce que sont/ce qu'ont été vos besoins et vos attentes ?
 - ii. La Gendarmerie y-a-t-elle répondu?

- 1. Si oui -> par qui?
- 2. Comment?
- iii. Y-a-t-il eu des défaillances, des manquements?
 - 1. Institutionnels?
 - 2. Personnels?
- e. Quel est/a été votre ressenti aujourd'hui suite à :
 - i. Placement en inactivité (CLM/CLDM/CB...) ?
 - ii. Retour à l'emploi
 - 1. Vos vœux ont-ils été suivis (oui/non)?
 - 2. Occupez-vous le même poste que précédemment ?
 - a. Des aménagements ont-ils été mis en place (techniques, missionnels,...)?
 - 3. Avez-vous été orienté vers un poste « fléché inapte » dans votre parcours de blessé ?
- f. Vos capacités, vos compétences, votre expérience professionnelle sontelles valorisées dans votre parcours de blessé ?
 - i. Dans vos nouvelles fonctions?
 - ii. Dans les fonctions exercées auparavant?
 - 1. Effectuez-vous le même travail que vos collègues ?
 - 2. Ou mise à l'écart, tâches subalternes ?
- g. Quel est l'impact sur votre parcours ?
 - i. Perspectives d'évolution professionnelle?
 - ii. Si sentiment de mise à l'écart :
 - 1. Comment se traduit-elle ?
 - 2. Cela vous parait-il justifié?
- h. Dans votre parcours, quel regard portez-vous sur le lien social avec vos collègues? Est-ce que votre sentiment d'intégration à l'Institution est le même? plus fort? sentiment d'exclusion? Pourquoi?
- i. Comment allez-vous, comment vous sentez-vous aujourd'hui?
- j. Avez-vous d'autres besoins aujourd'hui?
 - i. Si oui, la gendarmerie y répond-elle?

- ii. Sinon comment améliorer cela?
- k. Quel a été votre réaction face au handicap?
 - i. Peur?
 - ii. Sujet tabou?
 - iii. Plutôt positif?
- I. Quel regard portez-vous sur nos normes d'aptitude?
- m. Que pensez vous sur le fait d'avoir des déficiences, un handicap et de continuer à exercer le métier de gendarme ?
 - i. Cela vous parait-il possible ? Souhaitable ?
 - ii. Cela vous parait-il crédible ? Au regard de :
 - 1. L'Institution?
 - 2. Vos collègues ?
 - 3. Les citoyens?
 - iii. Cela vous parait-il farfelu?
 - 1. Pourquoi selon vous?
- n. Quel conseil, quelle bonne pratique, donneriez-vous à un gendarme qui traverse, aujourd'hui, ce que vous avez vécu ?
- o. Quelles suggestions donneriez-vous pour faire évoluer le dispositif d'accompagnement des blessés ?

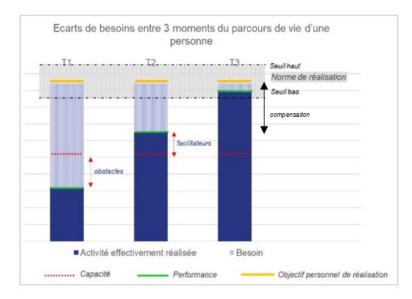
Merci de nous avoir consacré du temps

Étapes d'un parcours de blessé



Source : cours Bénédicte Dubois. UE07. EHESP 2020-21

Définition du besoin dans l'écart aux objectifs de réalisation d'une tâche



Définition du besoin. Source : Nomenclatures Serafin PH, site cnsa.fr

- T1 : La personne ne réalise que très partiellement sa toilette en raison d'une capacité fonctionnelle limitée (altération de la vue et troubles psychiques) et en raison d'obstacles environnementaux (salle d'eau insalubre) son besoin est donc relativement important ;
- T2 : La personne réalise partiellement sa toilette. Ses capacités sont inchangées, mais un ami rencontré dans le cadre du groupe d'entraide mutuelle (GEM) local l'a aidé à rendre son environnement plus adapté (facilitateur aide humaine et aide matérielle) son besoin a donc diminué, mais reste présent ;
- T3 : La personne satisfait presque complètement son objectif de réalisation de sa toilette par l'aide complémentaire extérieure de professionnels d'un SAMSAH il peut rester un besoin, mais celui se situe désormais dans la norme de réalisation.

CHARLE Grégoire 20 septembre 2021

Master 2

Situations de handicap et participation sociale

Les blessés de la gendarmerie – Pistes d'action pour une participation sociale réinventée

Promotion 2020-2021

Résumé:

L'accompagnement des blessés de la gendarmerie est une préoccupation majeure pour l'institution, par le volume de personnels concernés année après année, les conséquences des blessures ou pathologies dans les parcours professionnels et l'employabilité des gendarmes concernés. Le statut militaire dispose d'une double singularité, de part la dispense d'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH), ainsi que la présence de normes médicales strictes tant au recrutement qu'en cours de carrière.

Si les armées ont été, notamment par l'impact de la Grande Guerre, à l'origine de bien des aspects de la politique publique à l'égard des personnes handicapées en France, elles restent cependant à l'écart des tendances de fond visant à substituer, sur le plan conceptuel comme juridique, un modèle social et interactif du handicap au modèle biomédical initial, auquel restent liées les normes médicales d'aptitude et une approche défective ou compassionnelle du handicap dans les parcours de blessé.

Ce mémoire vise à aborder l'accompagnement des blessés sous un angle inspiré du modèle social du handicap, voire d'une approche par les droits humains fondamentaux, et d'évaluer les possibilités de conceptualisation d'une 3^e voie en identifiant les possibilités d'évolution réglementaire et les mode opératoires d'accompagnement pour garantir autrement la pleine participation sociale des blessés, tout en veillant aux intérêts et impératifs institutionnels.

Mots clés :

Blessés - Handicap - Gendarmerie - Aptitude - Participation sociale - Normes

L'École des Hautes Études en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :

ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.