



Master 2
Situations de handicap et
participation sociale

Promotion : **2021-2022**

L'enjeu d'un travail en réseau pour
maintenir en emploi les personnes en
situation de handicap.

Étude des modalités d'accompagnement au sein de
l'université d'Évry



MARIE FAVIER
Juin 2023

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement Madame Véronique Daubas-Letourneux d'avoir accepté de me diriger lors de la rédaction de ce mémoire ainsi que Madame Fanny Jaffrès. Leurs regards croisés ont nourri ma réflexion et leurs précieux conseils m'ont guidée et soutenue dans ce travail de recherche. Je leur suis très reconnaissante de la confiance qu'elles m'ont accordée dans ce travail.

Je témoigne également ma reconnaissance à la direction générale des services ainsi qu'à la direction des ressources humaines de l'université d'Évry qui m'ont permis de suivre ce Master et de mener cette étude auprès des personnels. Merci pour leur confiance, leur soutien et leur intérêt pour mon sujet de mémoire.

Evidemment je n'aurais pu poursuivre ce projet de Master sans mon mari qui a été d'un soutien sans faille, tout en gérant le quotidien de notre famille. Mes deux enfants Gaël et Clémence auront également fait preuve de patience et de compréhension durant cette année où je n'ai pas été très disponible pour eux. Un merci tout particulier à mon fils pour sa contribution à l'élaboration de statistiques à la suite de l'enquête par questionnaire.

Je remercie également ma famille et mes amis qui ont su me redonner le courage dans les moments difficiles.

Cette année me laissera aussi un souvenir indélébile grâce à mes camarades de promotion. La richesse de nos échanges a complété les enseignements de grande qualité que nous avons eu la chance d'avoir.

Enfin, c'est avec une émotion particulière que je pense à ma mère décédée d'une maladie foudroyante un an exactement avant mon premier jour dans ce Master. Ses mots d'encouragement ont résonné tout au long de l'année et m'ont portée jusqu'à l'aboutissement de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : LES POLITIQUES DE MAINTIEN EN EMPLOI ET DECLINAISON AU SEIN DE L'UNIVERSITE D'ÉVRY	7
Chapitre 1 : Empilement de normes réglementaires et modalités d'accompagnement au maintien en emploi	7
1. Évolution législative et modèles du handicap en France	7
1.1 De l'ère industrielle à la loi du 11 février 2005	7
1.2 Du modèle médical au modèle interactif	9
1.3 Le handicap au travail à la jonction de plusieurs branches du droit	11
1.4 La santé au travail dans la fonction publique : vers un assouplissement de la réglementation	12
2. Plan gouvernemental pour lutter contre la désinsertion professionnelle	14
2.1 Rapport Lecocq de 2019	15
2.2 Rapport « Handicap et emploi » de l'IGAS de 2020	15
2.3 Stratégie interministérielle pour l'accompagnement de la mobilité et de l'évolution professionnelle 2022-2024	16
2.4 Le plan santé au travail dans la fonction publique 2022-2025	17
3. Les spécificités de la fonction publique d'État en matière d'emploi des personnes handicapées	18
3.1 La réglementation en faveur de l'inclusion et le maintien en emploi	18
3.2 Le FIPHP : Entre politique des quotas et mesures d'incitations à l'inclusion et au maintien en emploi dans la fonction publique	19
3.2.1 Reconnaissance administrative : une prérequis qui s'effrite	19
3.2.2 Les conséquences d'une caisse presque vide	20
3.3 Les référents handicaps : les chefs d'orchestre des établissements publics	21
4. Le concept d'accompagnement des personnes en situation de handicap	22
4.1 Evolution d'un terme polysémique	22
4.1.1 De l'assistance au projet : esquisse d'une définition	22
4.1.2 L'accompagnement : une question de posture, de relation et d'éthique	24
4.2 L'accompagnement des personnes en situation de handicap dans le cadre du maintien en emploi	25
4.2.1 Le modèle de l'accompagnement global	25
4.2.2 Outils et dispositifs	26
Chapitre 2 : Structuration de la politique handicap au sein de l'enseignement supérieur et spécificités de l'université d'Évry	27
1. Le ministère de l'enseignement supérieur : entre autorité limitée et autonomie des établissements sous contrôle	27
1.1 L'enseignement supérieur au prisme de son évolution législative	27
1.2 Les catégories de personnels de l'enseignements supérieurs : données clés	29
1.3 La mission handicap ministérielle et les réseaux	30

2.	La politique handicap au sein de l'université d'Évry	32
2.1	Présentation générale de l'université d'Évry	32
2.2	Les données de population	33
2.2.1	Population globale et analyse des BOE	33
2.2.2	Lien entre BOE, congés pour raison de santé, modalités de reprise ou de départ et restrictions d'aptitudes	36
2.2.3	Les accidents du travail et les maladies professionnelles	37
2.2.4	La particularité des vacataires, travailleurs de l'ombre	38
3.	La politique handicap de l'université d'Évry en faveur des personnels	39
3.1	Le schéma directeur handicap 2019-2025	39
3.2	La convention avec le FIPHFP : entre opportunité et contraintes	40
3.3	La correspondante handicap : un poste transversal aux multiples missions	41
3.4	L'équipe pluridisciplinaire médico-sociale	42
	PARTIE 2 : L'ENQUETE SUR LES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LE CADRE DU MAINTIEN EN EMPLOI	45
	Chapitre 1 : La démarche méthodologique	45
1.	Le questionnaire comme moyen de toucher l'ensemble de la communauté universitaire	45
2.	Les entretiens individuels : le choix de la représentativité de la population universitaire	46
	Chapitre 2 : Hétérogénéité des parcours individuels et (bien)veillance managériale	48
1.	L'expérience du handicap et volonté de se maintenir en emploi	48
1.1	L'épreuve sociale du handicap	48
1.2	Entre (non) connaissance et non recours aux droits	55
1.3	Une vision floue des acteurs de l'accompagnement	58
1.4	Des attentes envers les managers et l'institution	61
1.5	La valeur travail et l'importance du collectif de travail	64
2.	La conception du handicap et l'intégration dans les pratiques managériales	66
2.1	Disparité des connaissances, source d'incompréhensions du handicap	66
2.2	L'accompagnement dans le cadre du maintien en emploi : véritable levier du management équitable	68
2.3	Les freins rencontrés par les managers	72
	Chapitre 3 : L'université d'Évry : un établissement handi-accueillant	74
1.	Politique handicap et conditions de travail	74
1.1	Une politique handicap affirmée mais discrète	74
1.2	Une organisation qui favorise l'aménagement raisonnable	75
1.3	Le partage du savoir expérientiel : gage d'un environnement capacitant	77
2.	La sensibilisation : meilleur vecteur pour déconstruire les représentations du handicap	79
	CONCLUSION	81
	BIBLIOGRAPHIE	I
	LISTE DES ANNEXES	V

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence régionale de santé
AS	Assistante sociale
ASA	Autorisation spéciale d'absence
AT-MP	Accident du travail – maladie professionnelle
BIATSS	Personnels de bibliothèque, ingénieur, administratifs, techniques, sociaux et de santé
BOE	Bénéficiaire de l'obligation d'emploi
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CH	Correspondante handicap
CIDPH	Convention internationale des droits des personnes handicapées
CIF	Classification internationale du fonctionnement, de la santé et du handicap
CIH	Classification internationale des handicaps
CLD	Congé de longue durée
CLM	Congé de longue maladie
CNCPH	Conseil national consultatif des personnes handicapées
COM	Congé ordinaire de maladie
COFIL	Comité de pilotage
COVID	Corona Virus Disease
DOETH	Déclaration obligatoire des travailleurs handicapés
EEC	Enseignants et enseignants-chercheurs
DGAFP	Direction générale de l'administration de la fonction publique
DGS	Direction générale des services
DRH	Direction des ressources humaines
FIPHFP	Fonds d'insertion pour les personnes handicapées de la fonction publique
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IUT	Institut universitaire technologique
MDPH	Maison départementale du handicap
MESR	Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des nations unies
PCH	Plan de compensation du handicap
PPH	Processus de production du handicap
PPR	Période de préparation au reclassement
PSH	Personne en situation de handicap
RSE	Responsabilité sociétale des entreprises
TH	Travailleur handicapé
TPT	Temps partiel thérapeutique
QVT	Qualité de vie au travail
RH	Ressources humaines
RPS	Risques psychosociaux
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SFA	Sciences fondamentales appliquées
SHS	Sciences humaines et de la société
SST	Service de santé au travail
UFR	Unité de formation et de recherche

Introduction

« Le handicap, tous concernés »

« Déclarer son handicap, ce n'est pas rien mais ça change tout »

Ces slogans du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MESR) sur ses supports de communication à destination de ses personnels, donne le ton. Dans le cadre de sa mission à l'intégration des personnes handicapées¹, la direction générale des ressources humaines concourt à diffuser des bonnes pratiques en vue « d'une meilleure intégration des personnes en situation de handicap et de changer le regard porté sur le handicap ». (Gaudy, 2017). Même si aujourd'hui on parle d'inclusion et non plus d'intégration, il n'en demeure pas moins que la volonté affichée semble en phase avec la volonté gouvernementale qui en a fait sa priorité lors du premier quinquennat du Président de la République Emmanuel Macron. Dans son discours de politique générale du 4 juillet 2017, le Premier ministre Edouard Philippe a d'ailleurs déclaré :

« L'inclusion des personnes en situation de handicap constitue une des priorités du quinquennat. Les personnes en situation de handicap et celles qui les accompagnent ont droit à la solidarité nationale. Elles ont besoin de bien plus encore, et elles peuvent nous apporter davantage ».

C'est pour répondre à cet objectif que Sophie Cluzel, avait été nommée secrétaire d'État chargée des personnes handicapées auprès du Premier ministre. Même si on note que depuis le 4 juillet 2022, le sujet du handicap a été confié à Madame Darrieussecq, ministre déléguée chargée des personnes handicapées, marquant une autre volonté du gouvernement. En 2017, le site internet du Gouvernement mettait en avant : « *Parce que le handicap est une question de société, le secrétariat d'État, placé auprès du Premier ministre, a pour vocation de déployer son action depuis tous les ministères.* » Cette position de la thématique de l'inclusion au cœur des projets sociétaux répondait ainsi à cette volonté de respecter le principe d'égalité et de favoriser ainsi la participation sociale des citoyens dans toutes les sphères de la vie. Cela venait en conformité avec la Convention internationale des droits des personnes handicapées (CIDPH) de 2006 ratifiée par la France en 2010. Fondée sur les droits de l'Homme, la CIDPH détaille, dans une trentaine d'articles, les principes et dispositions à mettre en œuvre pour favoriser la pleine participation des personnes en situation de handicap afin qu'elles soient à égalité avec les autres et puissent ainsi être actrices de leurs choix. En faisant du handicap une priorité, la

¹ La Mission à l'intégration des personnes handicapées (MIPH) est un service ministériel
Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de
l'Université Rennes 2 - 2021-2022

France a souhaité montrer son engagement et inciter ses ministères à décliner les actions en faveur de l'inclusion des personnes en situation de handicap dans toutes les sphères de la vie (famille, emploi, santé, éducation, ...) tels qu'inscrit dans la Convention qui pose également les principes de non-discrimination, d'égalité, d'accessibilité et de justice. La France a souhaité s'appuyer sur la CIDPH qui part du postulat que le handicap « résulte de l'interaction entre les personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales » (ONU, 2006, p. 2). C'est ainsi que la loi du 11 février 2005² pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées s'est inscrite dans les principes des droits fondamentaux. Elle constitue une avancée sur la place des personnes en situation de handicap en France, et conduit « à une révision en profondeur du traitement social des personnes handicapées » (Barral & Blaise, 2016). En premier lieu, cette loi donne une définition qui fait apparaître la notion d'interaction entre l'environnement et l'individu. Elle introduit également le handicap psychique et cognitif. L'article L.114 du Code de l'action sociale et des familles donne la définition suivante :

"Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant."

Ainsi, « le handicap n'est plus un état, il est interprété comme résultant d'un ensemble de caractéristiques environnementales ou individuelles qui définissent une situation et non une personne » (Winance et al., 2007). Cela étant, la position de la France est plus timorée que la CIDPH qui dispose dans son article premier :

« Par personnes handicapées, on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres. »

Cette distinction inscrite dans le droit français soulève la question de l'effectivité des droits et de choix des personnes en situation de handicap. L'ONU a d'ailleurs fait de vives critiques lors de son audition de la France en août 2021.

² Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Dans le cadre de l'inclusion dans l'emploi et la thématique du maintien en emploi, il m'a semblé pertinent de m'intéresser à ce qui peut favoriser ou au contraire mettre des barrières aux personnes en situation de handicap (PSH) ou qui ont une altération de santé. Sachant que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) estime, dans son rapport « handicaps et emploi » de 2019-2020, à 18% le taux de chômage des personnes en situation de handicap (contre 9 % pour l'ensemble de la population) et à 44%, le taux des travailleurs handicapés de plus de 50 ans ainsi qu'à 22 % les personnes souffrant de maladies chroniques évolutives (Aubin & Daniel, 2020, p. 42). L'IGAS estime globalement à 5,9 millions le nombre de personnes en âge de travailler dont 2,8 millions disposant d'une reconnaissance administrative du handicap. Toujours selon cette enquête, le secteur public semble nettement meilleur en termes d'inclusion dans l'emploi avec un taux moyen de personnes reconnues handicapées à 5,5 %, contre 3,5 % pour le secteur privé. Cependant, le périmètre de bénéficiaires et les modes de calculs sont différents, rendant complexe toute velléité de comparaison. Le Fond pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) constate dans son dernier rapport d'activité et de gestion (FIPHFP, 2022, p. 5), une légère baisse à 5,44 % en 2021. La fonction publique d'État a le taux le plus faible avec 4,40 %, contre 5,48 % dans la fonction publique hospitalière et 6,67 % dans la fonction publique territoriale. Ces taux en région Ile-de-France étant respectivement de 3,19 %, 4,73 % et 6,1 %.

Au regard des chiffres, l'université d'Évry, établissement sous le régime de la fonction publique d'Etat, fait figure de bon élève depuis deux ans avec un taux d'emploi de personnes reconnues en situation de handicap de 6,32 % en 2020 et de 6,02 % en 2021.

Cependant, le taux d'emploi demeure un indicateur qui ne permet pas de démontrer l'efficacité des modalités d'accompagnement des personnes en situation de handicap.³ Quand bien même si, selon l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) évoquée par l'IGAS, « le secteur public se révèle protecteur quand un handicap survient. Les effets protecteurs sont observés pour les handicaps provisoires de moins d'un an et pour ceux affectant les personnes âgées de moins de 36 ans (effet nul sur l'emploi). » (Aubin & Daniel, 2020, p. 99) Cela étant, l'analyse menée par Thomas Barnay et Florence Jusot, met en avant « [qu'] un mauvais état de santé initial est associé à un doublement du risque de sortie de l'emploi quatre ans plus tard, conduisant aussi bien au chômage qu'à l'inactivité. » (Barnay & Jusot, 2018, p. 55).

³ Nous comprenons dans les personnes en situation de handicap celles ayant des altérités de santé
Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de
l'Université Rennes 2 - 2021-2022

L'université d'Évry bénéficie d'une convention avec le FIPHFP depuis 2018, renouvelée fin 2022. Il s'agit d'une volonté institutionnelle qui permet de déployer une politique inclusive à destination de l'ensemble de ses personnels. En ma qualité de correspondante handicap (CH) pour les personnels, je suis garante de la mise en œuvre de cette convention. Nous nous intéresserons en particulier à cette fonction dans ce mémoire. La particularité de mon activité professionnelle réside dans le cumul de cette fonction avec ma profession d'assistante de service social du personnel qui est mon cœur de métier depuis 2006. Cette opportunité de me consacrer à l'inclusion et au maintien en emploi s'est présentée début 2019, année où j'ai donc choisi d'intégrer l'université d'Évry. Cette double fonction me place en tant qu'acteur principal de l'accompagnement des agents tant dans la sphère privée que la sphère professionnelle. Dans le cadre de ma pratique professionnelle, j'ai pu constater que certains agents éprouvent des difficultés à se maintenir en emploi. Est-ce par méconnaissance ou un défaut d'information sur leurs droits et des dispositifs d'accompagnement ? Est-ce pour des raisons de stigmatisation réelle ou ressentie, de freins personnels ou de celui de leur responsable hiérarchique ? Est-ce par découragement par la lourdeur supposée ou vécue de leurs démarches administratives ? Quelles que soient les raisons, ces situations peuvent ainsi générer des phénomènes de surcompensation jusqu'à l'épuisement ou faire naître un sentiment de retour inenvisageable menant à la désinsertion professionnelle. Côté *managers*, n'y aurait-il pas une méconnaissance de la politique du handicap, générale et institutionnelle ? Ou encore des difficultés structurelles ou managériales afin de prendre en compte le handicap ou la maladie dans l'organisation de travail ? Certains ne se sentiraient-ils pas isolés face à ce sujet du handicap et de la santé et ne pas savoir vers qui se tourner pour avoir des conseils ou des informations ? L'absence de médecin du travail depuis octobre 2020 et le défaut de connaissance de la possibilité de consultation de médecins agréés par l'agence régionale de santé (ARS) n'entreindraient-ils pas des situations de handicap et d'altération de santé en souffrances, non compensées et non accompagnées ? De fait, est-ce que les acteurs médico-sociaux susceptibles d'accompagner les personnels seraient insuffisamment repérés, voire peu ou pas connus des personnels ? A ces questions, s'ajoute la particularité du corps enseignant-chercheur qui représentent 20 % des bénéficiaires de l'obligation d'emploi et se manifestent peu pour exprimer leur problématique de santé. On trouve d'ailleurs peu de littérature sur cette catégorie de personnel, ce que confirme Laurence Viry dans sa thèse intitulée « Le monde vécu des universitaires ou la république des égos », dans laquelle elle relève que « les difficultés, le mal-être des universitaires [...] sont cependant très rarement évoqués dans les ouvrages les concernant » (Viry, 2006, p. 13).

Ces constats et questionnements permettent de poser la problématique suivante :

Les modalités d'accompagnement des personnes en situation de handicap et des handicaps de situation sont insuffisantes. La méconnaissance des droits et des services ne permet pas aux personnes de faire des choix mesurés et adaptés pour la sécurisation de leurs parcours professionnels. A cela s'ajoutent des contraintes organisationnelles qui constituent des barrières au maintien en emploi des personnes en situation de handicap.

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai souhaité m'intéresser aux modalités d'accompagnement au maintien en emploi pour mieux comprendre les difficultés des agents et tenter de trouver comment y répondre.

Bien que « l'accompagnement présente un champ sémantique très vaste qui peut être source de confusion et recouvre une grande diversité de réalités concrètes. » (FIPHFP, 2015, p. 21), il « fait appel à une pluralité de concepts, sur plusieurs niveaux de réalité, qui se croisent, s'entrechoquent, s'imbriquent » (Paul, 2016, p. 14) et fait appel à ce que Maëla Paul nomme une « dynamique relationnelle ». Ce terme si souvent galvaudé est très utilisé dans différents guides à l'usage des professionnels du secteur médico-social mais aussi des métiers dédiés à l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Nous aurons l'occasion de détailler cette notion dans le corps du mémoire.

Quant au terme « maintien en emploi » est plus global que celui de « maintien dans l'emploi ». La Haute autorité de santé en donne la définition dans ses recommandations de bonnes pratiques (HAS, 2019, p. 7) :

« Alors que le maintien dans l'emploi recouvre le maintien sur le poste initial grâce à des aménagements, ou dans l'entreprise grâce à un reclassement, le maintien en emploi retenu ici élargit le champ au reclassement dans une autre entreprise, voire à la réorientation professionnelle, avec une logique de sécurisation du parcours professionnel. »

Tout comme le ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion consacre une page dédiée au maintien en emploi sur son site internet, en précisant :

« L'enjeu du maintien en emploi est de permettre à des personnes confrontées à des difficultés à occuper leur poste de travail : de conserver leur emploi dans des conditions compatibles avec leur état de santé de poursuivre leur carrière professionnelle en écartant la menace de perte d'emploi. [...] Le maintien en emploi, ce sont donc toutes les solutions qui

peuvent accompagner une personne quand elle a des difficultés au travail liées à son état de santé ou à son handicap. »⁴

Pour répondre à la problématique posée, il s'agira dans la première partie d'étudier le contexte de l'université d'Évry, à la lumière du droit supra national et national ainsi que de la réglementation de la fonction publique d'État. Nous nous attacherons à comprendre les logiques d'acteurs qui concourent au maintien en emploi. Nous expliciterons la notion d'accompagnement qui est au cœur de notre sujet d'étude. Puis nous étudierons les dispositifs en vigueur ou non au sein de l'institution qui concourent au maintien en emploi des personnes en situation de handicap ou avec une altération de santé. Il conviendra également d'explicitier A la lumière de ces premiers éléments de littérature et de contexte, nous détaillerons dans la deuxième partie, la méthodologie de recherche employée. Nous présenterons les résultats de l'enquête qualitative. La discussion permettra de dégager des propositions d'amélioration des modalités d'accompagnement des personnels de l'université d'Évry en situation de handicap ou avec une altération de santé. Il s'agira notamment de montrer que cette conception sociodynamique s'inscrit dans une démarche équitable globale de traitement des personnels en vue de favoriser la qualité de vie et l'amélioration des conditions de travail.

⁴ Citation extraite du site du ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion [l'ehhttps://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/prevention-maintien-emploi/article/le-maintien-en-emploi](https://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/prevention-maintien-emploi/article/le-maintien-en-emploi)
Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

Partie 1 : Les politiques de maintien en emploi et déclinaison au sein de l'université d'Évry

La prise en compte du handicap dans la législation s'est opérée au cours du XXème siècle. L'impulsion donnée par l'Europe contribue à la structuration de la politique et des dernières évolutions. Il convient d'en percevoir les contours et sa déclinaison au niveau « meso » que constitue le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche puis au niveau « micro » environnemental de l'université d'Évry. Ces éléments permettront de comprendre comment les modalités d'accompagnement s'articulent pour favoriser le maintien en emploi des PSH, de manière générale et spécifique au contexte de l'université d'Évry.

Chapitre 1 : Empilement de normes réglementaires et modalités d'accompagnement au maintien en emploi

Cette partie a pour objectif de comprendre l'évolution de la politique de maintien en emploi. Pour cela, il nous semble nécessaire de resituer la prise en compte du handicap au travail depuis plus d'un siècle et de s'intéresser à la juxtaposition des plans concourant à la prévention de la désinsertion professionnelle. La présentation de la particularité de la réglementation et des dispositifs qui s'imposent aux trois versants de la fonction publique apportera un éclairage sur les leviers d'action mais aussi les limites. Un focus sur la fonction de référent handicap permettra de comprendre la place de cet acteur récent dans l'inclusion et le maintien en emploi des PSH. Enfin, l'étude du concept d'accompagnement alimentera la réflexion sur les acteurs concernés dans le cadre du maintien en emploi.

1. Évolution législative et modèles du handicap en France

1.1 De l'ère industrielle à la loi du 11 février 2005

Les prémices des politiques de handicap au travail remontent à l'ère de l'industrialisation à la fin du 19ème siècle qui va reconnaître la responsabilité des employeurs dans le cadre des accidents de travail, avec la loi du 9 avril 1898. La Première Guerre mondiale va enclencher le modèle de réadaptation. Puis la création de la sécurité sociale en 1945 va permettre de couvrir différents risques dont celui d'invalidité, de maladie, des accidents de travail et les maladies professionnelles. La création de prestations confirme ce tournant vers un modèle de droits sociaux. La loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés ⁵ fait référence pour la première fois à la qualité

⁵ Loi n°57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés
Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

de travailleur handicapé. Elle marque cette prise de conscience de l'État de mobiliser toutes les actions en faveur de l'intégration ou la réintégration dans l'emploi, ce dès l'enfance. C'est dans cette optique qu'est créé en 1959, le Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés.

La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 ⁶constitue une nouvelle avancée avec la création du statut de personne handicapée et des dispositifs de droits. Elle a notamment incité au maintien des personnes handicapées chaque fois que possible dans un cadre ordinaire de travail et de vie. Ce qui est toutefois paradoxal avec la seconde loi parue le même jour, qui consacre le rôle des établissements médico-sociaux dans la prise en charge des personnes handicapées en les excluant du milieu ordinaire.⁷

La loi du 10 juillet 1987⁸ fixe une obligation d'emploi de travailleurs handicapés à hauteur de 6% des effectifs pour l'ensemble des employeurs du secteur privé ayant un minimum de 20 salariés, assorti d'une pénalité.

Au niveau de l'Union européenne, la directive 2000/78/CE sur l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail⁹, « prohibe les discriminations fondées sur le handicap [...] et intègre l'obligation pour les employeurs de fournir les aménagements raisonnables » (Revillard, 2020, p. 85). Cette directive sera au fondement même de la CIDPH qui consacre son article 27 sur le thème « Travail et emploi ». Article dans lequel elle consacre différents alinéas sur le maintien en emploi, comme : « faire en sorte que les aménagements raisonnables soient apportés au lieu de travail en faveur des personnes handicapées », « promouvoir les possibilités d'emploi et d'avancement des personnes handicapées sur le marché du travail, ainsi que l'aide à la recherche et l'obtention d'un emploi, au maintien dans l'emploi et au retour à l'emploi » « promouvoir des programmes de réadaptation technique et professionnelle, de maintien dans l'emploi et de retour à l'emploi pour les personnes handicapées. ». Enfin, cet article fait référence à l'emploi de personnes handicapées dans le secteur public.

L'influence de l'Europe va engendrer une avancée majeure dans le droit français avec la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. En donnant pour la première fois une définition, elle va également introduire la notion de non-discrimination, d'accessibilité universelle et de compensation. Ce tournant permet de passer d'une approche catégorielle à celle de

⁶ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

⁷ Loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

⁸ Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés

⁹ 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

Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

situation de handicap. Cette loi ambitionne de prendre en compte l'interaction entre l'individu et son environnement et la nécessité d'adapter celui-ci à la personne. Elle met l'accent sur la citoyenneté et la participation des personnes ; le handicap n'est plus défini par les incapacités des individus. En partant du postulat que la limitation d'activité doit être analysée au regard du facteur environnemental, la loi permet d'intégrer la notion de handicap psychique. De cette loi vont découler la création des Maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH) et un ensemble de mesures qui vont s'étendre à la fonction publique, dont l'obligation d'emploi de personnes handicapées à hauteur de 6%. Le décret du 3 mai 2006¹⁰ marque la création du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) permettant de donner des aides publiques pour favoriser l'inclusion et le maintien dans l'emploi, tout en instaurant un système de contribution en cas de non-respect des quotas.

Pour garantir la bonne mise en œuvre de la politique handicap sur l'ensemble du territoire français, le Comité interministériel du handicap (CIH)¹¹ est créé en 2009. Il est « chargé de définir, coordonner et évaluer les politiques conduites par l'État en direction des personnes handicapées ».

A son niveau, le Défenseur des droits dont le rôle est précisé dans l'article 71-1 de la Constitution¹², « veille au respect des droits et libertés » -. Il assure par ailleurs, « au titre de l'article 33.2 de la CIDPH [...] une mission de protection, de promotion et de suivi de l'application de la Convention » (Guérin, 2021).

L'évolution législative en France est marquée par son histoire. Elle s'inscrit également dans la vision européenne et plus largement des droits de l'homme qui font figure de propulseurs incontournables. Toutefois, la France se distingue avec une avancée discutable concernant sa politique inclusive. L'étude des modèles successifs donne des clés de compréhensions.

1.2 Du modèle médical au modèle interactif

Initialement, on a vu que la société avait pour ambition de réparer les corps blessés par la guerre et remettre au travail, ceux qui le pouvaient. Ce modèle médical était centré sur la rééducation. Avec la disparition des maladies infectieuses et la montée progressive des maladies chroniques, conjuguées au vieillissement de la population, on est passé vers un modèle médical centré sur la réadaptation dont « les interventions correctrices, ré-

¹⁰ Décret n°2006-501 du 3 mai 2006 relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

¹¹ Décret n° 2009-1367 du 6 novembre 2009 portant création du comité interministériel du handicap

¹² Constitution du 4 octobre 1958, Titre XI Bis Le Défenseur des droits, article 71-1

adaptatives, ré-éducatives, orthopédiques s'inscrivent dans une démarche de normalisation des individus » (Ravaud, 1999).

En 1980, Philip Wood a intégré pour la première fois les conséquences du handicap sur les rôles sociaux. Son modèle linéaire a établi un lien de causalité entre trois concepts : la déficience, l'incapacité et le désavantage. Ce modèle a introduit la notion de désavantage social qui a inspiré la classification internationale du handicap (CIH) de l'organisation mondiale de la santé (OMS). Cependant, on y trouve une prédominance du modèle individuel fondé sur la maladie et ses conséquences, sans prendre en compte le caractère interactif avec l'environnement social. C'est grâce à l'impulsion de mouvements sociaux aux États-Unis que vont émerger les *disability studies* qui vont marquer un tournant dans les représentations du handicap. Ainsi, « l'identité handicapée est revendiquée comme égale aux autres, digne du même intérêt et interdisant toute discrimination » (Albrecht et al., 2001).

Les prémices d'un modèle social seront introduites par Pierre Minaire en 1983 qui va utiliser la notion de « handicap de situation ». Ce terme est utilisé pour « insister sur le rôle de l'environnement et surtout sur le caractère relatif, « dépendant de la situation », du handicap » (Ville et al., 2020, p. 83). Bien que passé inaperçue, cette première définition interactive nourrira les modèles systémiques apparus entre la fin des années 90 et le début des années 2000, que sont : le Processus de production du handicap (PPH) et la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la société (CIF). Sachant que la notion de « situation de handicap » qui apparaît dans les années 1990 a constitué l'un des marqueurs de ce changement de paradigme. Cela va être « l'outil permettant de détacher le handicap de la personne et d'éviter toute identification entre la personne et son handicap ; autrement dit, d'éviter toute stigmatisation » (Winance et al., 2007, p. 172).

La CIDPH est fondée sur ce modèle interactif qui a également été à l'origine de la loi du 11 février 2005, engendrant ainsi une avancée sociale avec l'ambition d'une inclusion des personnes en situation de handicap dans toutes les sphères de la vie.

Cette évolution va modifier en profondeur la prise en compte du handicap dans le milieu du travail, par des mesures qui obligent voire contraignent l'employeur à revoir l'organisation du travail et à analyser les facteurs qui peuvent être source de production de situations de handicap, afin d'y remédier. Face à une juxtaposition de règles, il s'agit de s'intéresser à celles qui s'imposent aux employeurs publics et de comprendre comment se déploient les dispositifs dédiés à leurs personnels en situation de handicap.

1.3 Le handicap au travail à la jonction de plusieurs branches du droit

Les employeurs sont tenus de veiller à la santé et à la sécurité de leurs salariés¹³. Dans le cadre des personnels en situation de handicap, ce diktat prend un sens peut-être plus complexe au regard de prises en comptes distinctes selon les règles de droit relatives à la notion de handicap au travail.

Tout d'abord, les notions de travailleur handicapé et de maintien dans l'emploi sont définies juridiquement par le Code du travail. Ainsi, l'article L.5213-1 du Code du Travail dispose : « est considéré 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. ». Cette définition qui date de 1957, demeure centrée sur le modèle médical que l'article L.5213-6 du Code du travail relatif à l'aménagement raisonnable, va ouvrir pour prendre en compte l'interaction entre l'individu et son environnement. Cet article indique :

« Afin de garantir le respect du principe d'égalité de traitement à l'égard des travailleurs handicapés [...] les employeurs prennent, en fonction des besoins dans une situation concrète, les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs [...] d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer ou d'y progresser ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée, sous réserve que les charges consécutives à la mise en œuvre de ces mesures ne soient pas disproportionnées, compte tenu des aides qui peuvent compenser en tout ou partie les dépenses supportées à ce titre par l'employeur. »

Ces notions vont également être reprises dans le cadre juridique qui s'applique aux agents de la fonction publique d'État. Ainsi, la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires a introduit deux éléments¹⁴ :

- L'ajout dans l'article 5 de l'alinéa 5 : « nul ne peut avoir de la qualité de fonctionnaire : [...] 5° s'il ne remplit les conditions d'aptitude physique exigée pour l'exercice de la fonction compte tenu des possibilités de compensation du handicap » ;
- L'article 6 sexies reprend les éléments édictés par le code du travail sur les mesures appropriées.

¹³ En référence à l'article L.4121-1 du Code du travail stipule : « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. ».

¹⁴ La loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires dite loi Le Pors, chapitre I Dispositions générales article 5 et chapitre II Garanties article 6 sexies

Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

Par ailleurs, le code du travail a intégré la nécessité d'adapter l'environnement de travail à l'homme au travers de son article L.4121-2 qui dispose : « Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ». Et d'ajouter dans l'article L. 1132 « [...] aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte en raison de [...] son état de santé, de sa perte d'autonomie et de son handicap [...] ». »

Le code du travail et la législation qui s'applique aux agents de la fonction publique font ainsi référence aux principes de non-discrimination et de compensation. En revanche, la France se démarque en utilisant la notion de « mesures appropriées » et non celle « d'aménagement raisonnable » des articles 5 « égalité et non-discrimination » et 27 « Travail et emploi » de la CIDPH. La réglementation française se distingue également par la nécessaire reconnaissance administrative du handicap pour pouvoir bénéficier des dispositifs dédiés à l'inclusion et au maintien dans l'emploi. Alors que la CIDPH utilise le vocable « personne en situation de handicap » qui se veut plus englobant, les travailleurs handicapés sont considérés comme tel dans les textes français, à conditions de pouvoir justifier d'une reconnaissance administrative de leur handicap. La RQTH est la plus connue, mais une liste de BOE permet de comptabiliser neuf catégories administratives ; la dernière étant celle relative à la période de préparation au reclassement (PPR). Cette « comptabilité » complexe relève de plusieurs sources administratives, comme la Sécurité sociale, la MDPH, la Caisse d'allocations familiales ou encore le Ministère des armées... et finalement reste en contradiction avec l'esprit de la loi de 2005.

1.4 La santé au travail dans la fonction publique : vers un assouplissement de la réglementation

En ce qui concerne la santé au travail des agents de l'État, le décret du 28 mai 1982¹⁵, modifié par le décret du 27 mai 2020¹⁶, relatif aux services de médecine de prévention dans la fonction publique d'État fixe le cadre général. L'article 10 rappelle que le service de médecine de prévention est destiné à « prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail. Il conduit les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel. » Par

¹⁵ Décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique

¹⁶ Décret n° 2020-647 du 27 mai 2020 relatif aux services de médecine de prévention dans la fonction publique de l'Etat

ailleurs, cet article fait mention de la place « [des] services sociaux [qui] peuvent être associés à la mise en œuvre des actions menées par l'équipe pluridisciplinaire. »

L'article 24 détermine les visites dans le cadre de la surveillance médicale particulière (SMP) à l'égard : « des personnes en situation de handicap [...] des agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée [...] et des agents souffrant de pathologies particulières déterminées par le médecin de prévention. »

Il est à noter que le législateur mentionne dans ses textes « des personnes en situation de handicap », ce qui suppose qu'elles peuvent ou non disposer d'une reconnaissance administrative.

La loi du 8 août 2016¹⁷ et le décret du 27 décembre 2016¹⁸ constituent les premiers jalons de la réforme des services de santé au travail en redéfinissant les périmètres et fréquences de suivi, et en élargissant les catégories de professionnels pouvant assumer le suivi des personnes. Ainsi, les équipes pluridisciplinaires se sont élargies aux médecins collaborateurs et aux internes, ainsi qu'aux infirmiers en santé au travail ; Les missions de délégation de ces derniers ayant été cadrées par le décret du 26 avril 2022¹⁹ : Ces textes ont également marqué ce tournant vers une mutualisation des trois versants de la fonction publique. La pénurie de médecins du travail a également justifié un décloisonnement entre médecine préventive pour la fonction publique et les médecins du travail avec la loi du 21 août 2021 dite loi santé au travail,²⁰ effective depuis le 31 mars 2022. L'article 7 étend les missions vers « la réalisation d'objectifs de santé publique afin de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur compatible avec son maintien en emploi ». L'article 8 est quant à lui consacré aux mesures destinées à « mieux accompagner certains publics, notamment vulnérables ou en situation de handicap, et lutter contre la désinsertion professionnelle ».

Dans l'objectif d'accompagner les personnes en situation de handicap ou d'altération de santé, le législateur a poursuivi l'assouplissement de règles, notamment en supprimant l'obligation de visites dans le cadre de la reprise après un congé long pour raison de santé et en simplifiant le recours au temps partiel thérapeutique. Le décret du 28 juillet 2021²¹ a instauré un droit immédiat (dès un jour d'arrêt de travail) et rechargeable (après une année de reprise d'activité) sur préconisation du médecin traitant. Ces droits s'appliquent aux

¹⁷ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels

¹⁸ Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail

¹⁹ Décret n° 2022-679 du 26 avril 2022 relatif aux délégations de missions par les médecins du travail, aux infirmiers en santé au travail et à la télésanté au travail

²⁰ Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail

²¹ Décret n° 2021-997 du 28 juillet 2021 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique de l'Etat

personnels de la fonction publique d'État, qu'ils soient fonctionnaires ou contractuels, avec des modalités de gestion différentes pour ces derniers.

Dans le cadre de la poursuite des réformes, le décret du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux²² s'inscrit dans une démarche de simplification de l'organisation et du fonctionnement des deux instances antérieures qu'étaient les comités médicaux et commissions de réforme. Désormais cette même instance consultative pour les fonctionnaires est séparée en formation restreinte et formation plénière dont les périmètres sont définis dans l'article 7. L'alinéa 6 mentionne l'avis concernant « le reclassement dans un emploi d'un autre corps ou cadre d'emplois à la suite d'une altération de l'état de santé du fonctionnaire ».

Sur le plan réglementaire, les nouvelles modalités de suivi des agents de l'État semblent satisfaisantes. Pourtant, lors de son audition de la France en août 2021, l'ONU a vivement critiqué la France sur « le manque de sensibilisation et de formation du personnel médical et administratif de la santé à la diversité et aux droits des personnes handicapées ». Elle souligne « le manque de sensibilisation des employeurs et leur réticence à fournir des aménagements raisonnables et une conception universelle aux personnes handicapées ». Si ces critiques mettent en exergue les conflits de normes existantes, on constate toutefois que « la préservation de l'état de santé semble [...] un facteur important de la dynamique du marché du travail, en particulier dans un contexte de vieillissement de la population » (Barnay & Jusot, 2018, p. 91). En effet, 31,7 % des effectifs ont plus de cinquante ans²³. Différents rapports récents proposent des mesures pour maintenir en emploi les PSH.

2. Plan gouvernemental pour lutter contre la désinsertion professionnelle

L'accès et le maintien en l'emploi sont des sujets chroniques qui mobilisent le gouvernement. Entre souci de l'effectivité des droits et multitudes de rapports, il apparaît important de comprendre les enjeux et les dernières propositions en matière de santé au travail ainsi que les acteurs concernés dans les modalités d'accompagnement des PSH. Quatre rapports nous apportent cet éclairage.

²² Décret n° 2022-353 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la fonction publique de l'Etat

²³ Données statistiques issues du rapport annuel de la DGAFP de 2021 - Âge moyen, part des agents de moins de 30 ans et part de ceux de 50 ans et plus dans les trois versants de la fonction publique par statut et par sexe au 31 décembre 2019 - <https://www.fonction-publique.gouv.fr/rapport-annuel-2021-faits-et-chiffres-fiches-thematiques-excel>

2.1 Rapport Lecocq de 2019

Dans le cadre d'une mission confiée par le Premier ministre Edouard Philippe, le rapport « santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la fonction publique : un devoir, une urgence, une chance », dit rapport Lecocq, a été publié le 18 septembre 2019. Ce rapport préconise « [d'] embarquer la fonction publique dans une véritable stratégie de performance globale » (Lecocq et al., 2019, p. 3). Il recommande une simplification et un assouplissement des règles en termes de médecine statutaire, une harmonisation avec le régime général pour les règles de congés spécifiques, une mutualisation des moyens entre les trois versants de la fonction publique ainsi qu'une meilleure synergie des acteurs chargés de l'accompagnement « grâce à des équipes pluridisciplinaires étoffées » (Lecocq et al., *op. cit.*, p.6). Si la prévention constitue la priorité, une recommandation consacrée au maintien dans l'emploi détaille les points de vigilance comme : l'anticipation des parcours par les services de gestion des carrières et les comités médicaux, le renfort partenarial entre Cap-emploi et les services de santé au travail et le développement du télétravail.

2.2 Rapport « Handicap et emploi » de l'IGAS de 2020

Dans ce rapport, l'IGAS s'intéresse aux différentes politiques publiques menées au cours des dernières années pour favoriser l'emploi des personnes handicapées. A la lumière des expériences d'autres pays, l'IGAS s'interroge sur l'avenir de notre système au regard du vieillissement de la population et de l'évolution des maladies chroniques. Il pointe également la nécessité de prendre davantage en compte le facteur environnemental en estimant que « le défaut d'adaptation de ces environnements à l'homme générera [...] des situations de handicap de plus en plus nombreuses, au prix d'une perte importante de compétences et d'un mal-être diffus dans les équipes de travail » (Aubin & Daniel, 2020, p. 7). Face à la prédominance du modèle médical, il propose trois scénarios qui permettraient de mieux prendre en compte les besoins individuels :

- Le premier est un « *statu quo* aménagé ». Ce scénario nécessiterait de revoir les modes de financement avec un système universel assorti d'un système de bonus/malus. De même, l'accent devrait être mis sur l'accompagnement des travailleurs handicapés (TH), estimant qu'il y a un « éparpillement actuel des dispositifs d'accompagnement enserrés dans des cadres administratifs multiples et rigides » (*op. cit.*, p.204).
- Le second est « un modèle inclusif » qui constitue un véritable changement de paradigme en souhaitant une disparition des frontières et la fin de la politique des quotas. Il remet en cause la RQTH qui a pour effet de nier « la relativité des situations de handicap et l'impact de l'environnement de travail » (*ibid.* p.208). La

simplification administrative permettrait ainsi de se centrer sur les besoins individuels et d'ajuster les modalités d'accompagnement. Ce scénario prône l'accessibilité universelle, l'aménagement raisonnable pour tous dès lors qu'il y a une situation de vulnérabilité.

- Le troisième, propose « un recentrage sur les handicaps nécessitant des aménagements substantiels ». C'est un entre deux qui met l'accent sur les mesures de discriminations positives. Cela supposerait une modification des modes de calculs des BOE pour évaluer l'augmentation du taux d'emploi réel au lieu de se contenter comme aujourd'hui du nombre de personnes déclarées qui sont souvent des formes de requalifications de situations déjà connues et traitées.

A ce jour, aucun choix clair n'a été fait sur l'un de ces scénarios. Cela interpelle sur la volonté des différents niveaux décisionnels d'opérer un arbitrage et d'imposer un nouveau choix sociétal au regard de multiples enjeux (politiques, économiques, techniques, administratifs).

2.3 Stratégie interministérielle pour l'accompagnement de la mobilité et de l'évolution professionnelle 2022-2024

Ce document élaboré par la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) constitue un référentiel-cadre pour les trois versants de la fonction publique. Il s'inscrit en droite ligne de la loi de transformation de la fonction publique de 2019, dont l'un des axes est de favoriser le déroulement de carrière des agents. Il s'appuie également sur la nécessité de proposer des modalités d'accompagnement personnalisées en vue de sécuriser les parcours professionnels et faciliter la mobilité professionnelle. La DGAFP plaide pour « ancrer l'accompagnement dans une démarche de qualité et d'amélioration continue » (DGAFP, 2022b, p. 15) qui doit donc s'inscrire dans une stratégie RH. L'agent est ainsi replacé au centre et gravitent autour de lui au premier niveau : le manager de proximité, le conseiller mobilité-carrière, le référent information-mobilité et le référent handicap. Ce dernier est « chargé d'accompagner les agents concernés tout au long de leur carrière professionnelle et de coordonner les actions menées en leur faveur » et de tenir « un rôle d'information en matière de mobilité et d'aiguillage vers d'autres professionnels pertinents » (DGAFP, *op. cit.* p. 23).

A noter que deux décrets réglementaires sont parus respectivement en avril et juillet 2022.²⁴ Ils précisent les modalités de mise en œuvre des dispositifs évoqués, tant pour les agents de la fonction publique que les agents contractuels.

2.4 Le plan santé au travail dans la fonction publique 2022-2025

Ce premier plan santé dédié spécifiquement à la fonction publique s'inscrit en continuité des préconisations du rapport Lecocq de 2019 et des réformes déjà amorcées dans le domaine de la santé au travail dans la fonction publique (temps partiel thérapeutique, hausse des infirmiers en santé au travail, réforme des instances médicales...). L'objectif de ce plan est de proposer « une articulation forte entre les politiques de santé au travail et la démarche plus globale d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail » (DGAFP, 2022a, p. 6). Il vise notamment à prioriser les actions en faveur d'une prévention primaire²⁵, développer la culture de prévention et de promotion de la santé, prévenir la désinsertion professionnelle et à renforcer le système d'acteurs de la prévention. Ce plan propose cinq axes majeurs autour de ces points. L'axe quatre est dédié à la prévention de la désinsertion professionnelle avec une attention portée sur la prévention de l'usure professionnelle et le maintien dans l'emploi des agents ainsi que sur les actions pour favoriser l'accès à l'emploi et accompagner dans leurs parcours professionnels les personnes en situation de handicap.

Ce plan souligne l'importance de la formation des acteurs de la prévention et des encadrants, la mise en place des espaces de discussion sur le travail, la formation des professionnels médicaux à la culture du management et à la préservation de la santé mentale ainsi que le développement de la formation et du nombre d'infirmiers en santé au travail. Enfin, il préconise d'étendre les équipes pluridisciplinaires de santé au travail en incluant des psychologues du travail.

Il y a une forme de cohérence d'ensemble dans les préconisations issues des plans et rapports ministériels. On peut également souligner la nécessaire convergence entre l'administratif et le médico-social pour mieux accompagner les agents de la fonction publique. Afin de comprendre la portée des différents dispositifs réglementaires et plans, il convient de s'intéresser à la réglementation de la fonction publique d'État.

²⁴ Décret n° 2022-1043 du 22 juillet 2022 relatif à la formation et à l'accompagnement personnalisé des agents publics en vue de favoriser leur évolution professionnelle et Décret n° 2022-662 du 25 avril 2022 modifiant les dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat

²⁵ La prévention primaire consiste à réduire les facteurs de stress professionnels en agissant à la source sur l'organisation du travail, les styles managériaux et les conditions de travail. Elle se distingue de la prévention secondaire axée sur les modalités permettant aux personnels de faire face aux situations stressantes et à gérer leur stress, et de la prévention tertiaire qui est le stade de situation dégradée nécessitant de mesures curatives (cellule de soutien psychologique par exemple)

Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

3. Les spécificités de la fonction publique d'État en matière d'emploi des personnes handicapées

3.1 La réglementation en faveur de l'inclusion et le maintien en emploi

Afin d'encourager le recrutement de personnes handicapées dans la fonction publique, l'État a souhaité ouvrir une autre voie que celle du concours, facilitant ainsi leur entrée dans la fonction publique. C'est ainsi, qu'a été promulgué le décret du 25 août 1995²⁶ qui permet d'organiser des recrutements sans concours permettant une titularisation à l'issue d'une année probatoire. Dans l'optique de permettre le maintien en emploi des personnes en situation de handicap reconnues inaptes définitivement à leurs fonctions, l'État a souhaité permettre aux personnes, de bénéficier d'une période de transition professionnelle durant une année. Le décret du 20 juin 2018 instituant la Période de préparation au reclassement (PPR)²⁷ doit permettre l'accompagnement vers un reclassement dans l'établissement où exerce l'agent ou dans un autre. L'État a été le pionnier sur ce dispositif qui s'est étendu depuis sur l'ensemble des trois versants de la fonction publique. Durant cette même année, a été promulgué la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel²⁸ dont l'objectif est de favoriser le taux d'emploi direct et durable des personnes en situation de handicap (dont les apprentis) et de faciliter le recours au télétravail. Elle a également introduit la révisibilité du taux d'emploi de BOE tous les cinq ans.

La loi de transformation de la fonction publique du 6 août 2019 doit permettre la place de nouvelles modalités pour favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap : dispositif expérimental de cinq ans du détachement et d'intégration directe pour la promotion interne des fonctionnaires handicapés, faciliter le parcours professionnel et permettre l'accession à des postes à responsabilité, favoriser la portabilité des équipements de travail dans le cadre des aménagements de poste, élargir les aménagements des concours aux handicaps psychiques et mentaux, et enfin atteindre l'objectif de 6% de personnes handicapées dans le recrutement d'apprentis avec le dispositif expérimental de titularisation sans concours.

Ces lois représentent de nouveaux moyens pour favoriser un parcours professionnel choisi et ne pas freiner la carrière des agents de l'État. Cela permet ainsi de lever « les obstacles invisibles à la mobilité professionnelle » (Revillard, 2019, p. 97).

²⁶ Décret n°95-979 du 25 août 1995 modifié relatif au recrutement des travailleurs handicapés dans la fonction publique pris pour l'application de l'article 27 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat.

²⁷ Décret n° 2018-502 du 20 juin 2018 instituant une période de préparation au reclassement au profit des fonctionnaires de l'Etat reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions

²⁸ Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel

En outre, l'article 92 de cette loi précise que « tout agent a le droit de consulter un référent handicap, chargé de l'accompagner tout au long de sa carrière et de coordonner les actions menées par son employeur en matière d'accueil, d'insertion et de maintien dans l'emploi des personnes handicapées. » Elle introduit ainsi la fonction de référent handicap qui va devenir un acteur clé dont « l'utilité sociale » (Valdes, 2022) va être progressivement reconnue. La circulaire du 17 mars 2022 relative à la mise en place de la fonction de référent handicap dans la fonction publique d'État²⁹ vient confirmer cette allégation. Nous aurons l'occasion de nous intéresser plus en détail sur ce nouveau métier.

Les différentes lois successives tendent à favoriser l'inclusion professionnelle au sein de la fonction publique d'État. Tout en étant à l'intersection de trois formes de logiques : celle des quotas, celle de protection sociale et celle de la non-discrimination (Fillion et al., 2021). En cela, le FIPHFP constitue le partenaire incontournable des employeurs publics.

3.2 Le FIPHFP : Entre politique des quotas et mesures d'incitations à l'inclusion et au maintien en emploi dans la fonction publique

Le FIPHFP découle de la loi du 11 février 2005 afin de mettre à égalité le secteur public du secteur privé qui est soumis aux taux d'emploi de personnes handicapées à hauteur de 6 % de ses effectifs depuis 1987. Cette institution a une double politique : incitative par le biais d'aides et coercitive au travers de la politique des quotas.

3.2.1 Reconnaissance administrative : une prérequis qui s'effrite

Le FIPHFP est géré par la Caisse des dépôts et consignations chargée de collecter les contributions des employeurs n'atteignant pas le quota de 6 % et de redistribuer sous forme d'aide financière les mesures concourant au recrutement et au maintien en emploi des personnes reconnues administrativement handicapées. Cette injonction de la reconnaissance comme préalable pour ouvrir droit à la compensation du FIPHFP est déjà en soi en contradiction avec la CIDPH qui ne borne pas les personnes en situation de handicap à une reconnaissance administrative. Condition que dénonce Pierre-Yves Baudot quand il évoque « l'emprise administrative sur la définition de la population ciblée par cette action publique » (Baudot, 2016). L'auteur se montre également critique dans ce même article à l'égard des outils utilisés pour « traiter des populations jusqu'alors considérées comme incommensurables ». Cela permet effectivement de faire le rapprochement avec la liste des BOE qui relèvent de différentes institutions sociales que sont : la MDPH (pour la

²⁹ Circulaire du 17 mars 2022 relative à la mise en place de la fonction de référent handicap dans la fonction publique d'Etat – NOR TFPF2205849C

reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et les cartes mobilités inclusion mention « invalidité », « priorité » ou « stationnement »), la sécurité sociale (pension d'invalidité), la caisse d'allocations familiales (pour justifier de l'allocation adulte handicapée), etc. Cependant, ce préalable tend à s'effriter avec l'introduction de la PPR qui permet de faire bénéficier des aides des personnes qui rentrent dans ce dispositif sans forcément avoir une reconnaissance administrative.³⁰ Cela représente une ouverture quand on sait que, comme l'ont soulignés L.Bertrand, V.Caradec et J-S. Eidelimann, « la reconnaissance administrative du handicap n'implique pas forcément sa reconnaissance [...] par les personnes elles-mêmes, pour qui le statut administratif peut n'être qu'un moyen parmi d'autres d'obtenir de l'aide, voire de conserver un emploi » (Jaffrès & Guével, 2017).

3.2.2 Les conséquences d'une caisse presque vide

Les aides du FIPHFP sont plafonnées et ont pour vocation à prendre en compte le surcoût lié aux dépenses des aides à l'accès et au maintien dans emploi ; la charge principale revenant à l'employeur et aux autres organismes de droit commun (sécurité sociale, mutuelles et MDPH). Exception faite des charges dédiées à l'apprentissage, considérées comme une priorité de l'État qui souhaite véritablement inciter les employeurs à recruter, en prenant en charge 80 % du salaire des apprentis. Cela montre que « le montant des aides est en effet un attribut de pouvoir qui permet l'action » (Jaffrès & Guével, 2017). Cela étant, les trois versants de la fonction publique connaissent une hausse de leur taux d'emploi de personnes handicapées donc, mathématiquement, les contributions versées par les employeurs diminuent ce qui, mécaniquement diminue le fonds dédié au financement des mesures pour l'emploi des travailleurs handicapés. Le rapport de l'IGAS de 2020 parle des « fissures internes du système » et pointe « un déficit quasi constant depuis 2013 » (Aubin & Daniel, 2020, p. 52). Cette baisse des contributions collectées explique la baisse concomitante des aides d'année en année. Ce qui paradoxalement, comme le pointe l'IGAS dans ce même rapport, « conduit à brider le rythme des dépenses alors même que l'augmentation des taux d'emploi des personnes handicapées appellerait une intensification des mesures de suivi et d'accompagnement ». Selon l'IGAS, les propositions des sénateurs de tendre vers un modèle assurantiel serait une solution pour pérenniser le système.

Pour mener à bien l'accompagnement des PSH, les référents handicaps sont essentiels.

³⁰ Le catalogue des prestations du FIPHFP 2022 a introduit les agents en reclassement suite à inaptitude et ceux en période de préparation au reclassement

3.3 Les référents handicap : les chefs d'orchestre des établissements publics

Les postes des référents handicap dans la fonction publique ont été institués au départ pour répondre aux objectifs assignés aux employeurs publics, comme l'obligation de quotas assortis de mesures de sanctions en cas de non-respect (contribution) et construire une politique du handicap avec des incitations financières. Ce poste clé, chargé « d'orchestrer et mettre en œuvre une politique handicap » (Fillion et al., 2021) a également été conçu pour répondre à la « nécessité de mettre en œuvre et effectuer le suivi du conventionnement entre établissements et le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) » (Bercot & Tcholakova, 2018, p. 214). De fait, les référents handicap ont cette responsabilité de répondre aux besoins individuels, souvent sur préconisations médicales, et d'actionner les aides publiques répertoriées dans un catalogue de prestations du FIPHFP qui viennent en complément de la participation employeur et des autres dispositifs éventuels (sécurité sociale, mutuelle, PCH). Cela étant, si cette approche catégorielle semble retenir l'attention des employeurs publics, elle a pour limite « l'obligation de procédure et non de résultat » (Fillion et al. *ibid.*). Cette vision révèle d'ailleurs une forme de dichotomie entre cette logique administrative et financière et celle du développement d'une politique de non-discrimination basée sur l'égalité des chances et l'équité entre les personnels. Cela pointe le positionnement complexe du référent handicap qui peut se trouver, selon son contexte d'exercice, dans une attitude proactive ou réactive de l'employeur, telle que théorisée par Yvan Barrel et Sandrine Frémeaux.³¹, Certains se trouvent pris dans des injonctions paradoxales. Sans compter que cet acteur est à l'interface entre plusieurs acteurs et son action doit notamment s'inscrire dans la réglementation de la santé au travail.

L'évolution réglementaire tend à apporter une souplesse pour faciliter le maintien en emploi des personnes en situation de handicap et à s'adapter à la pyramide des âges vieillissante. La crise sanitaire a également été un accélérateur en termes d'organisation de travail afin de favoriser l'équilibre personnel et professionnel. Les différentes mesures incitent aussi à sortir du modèle médical face à la pénurie de médecins et à encourager la pluridisciplinarité. L'accompagnement des PSH, cœur de notre sujet d'étude, est généralement l'apanage des professionnels du médico-social au regard de leurs formations. Mais il serait réducteur de ne pas mentionner les autres acteurs de proximité et institutionnels. Comme le soulignent les auteurs du Conseil scientifique du FIPHFP : « l'accompagnement présente un champ sémantique très vaste qui peut être source de confusions et recouvre une grande diversité

³¹ Théorie qui établit quatre catégories d'employeurs : les proactifs et les réactifs ayant une attitude contrainte, instrumentale ou passive. Cette notion a été reprise par Fanny Jaffres et Marie-Renée Guével dans leur article « L'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique », op cit.

de réalités concrètes. » (FIPHFP, 2015, p. 21). Il convient donc au préalable de définir cette notion.

4. Le concept d'accompagnement des personnes en situation de handicap

4.1 Evolution d'un terme polysémique

4.1.1 De l'assistance au projet : esquisse d'une définition

Le terme d'accompagnement trouve sa source dans le modèle de charité qui mettait en posture passive la personne accompagnée. Les lois de décentralisation et en particulier celle relative au revenu minimum d'insertion (RMI) de 1988 a fait apparaître cette notion à travers le contrat d'insertion, mettant en avant les capacités des personnes à être proactives dans leur projet. Dès lors, l'accompagnement « repose sur une étude d'engagement réciproque » (Stiker et al., 2009, p. 87). La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté et la participation des citoyens a inscrit cette notion dans son article 6 qui dispose : « améliorer l'accompagnement des personnes concernées sur le plan médical, social, thérapeutique, éducatif ou pédagogique ». Progressivement, comme le souligne Maëla Paul, on est passé d'une logique « centrée sur les manques, les déficiences, les retards [...] à une logique d'optimisation, valorisant les capacités et les ressources » (Paul, 2016, p. 23). La personne est désormais au cœur de l'accompagnement proposé avec l'idée du passage du « travail sur autrui au travail avec autrui » et de l'action « d'aller vers et être avec » (Paul, *op. cit.*, p. 26). Cette nouvelle position de la PSH en tant qu'acteur s'inscrit dans le « modèle de l'activation des ressources et des compétences » développé par Didier Vrancken et Christophe Bartholomé (Bartholomé & Vrancken, 2005). L'accompagnement est désormais perçu comme une modalité de changement, de déconstruction et de « lieu de retournement » (Paul, 2012)/ Le changement de paradigme fait référence à la « notion de reliance » empruntée à Edgar Morin avec l'idée qu'elle « caractérise la dynamique de l'esprit d'intégration. Il s'agit de relier, d'unifier les opposés, pour éviter la dispersion, la fragmentation, l'éclatement, la désintégration » (Stiker et al., *op. cit.*, p. 105). Cela suppose donc une « présence à l'autre »³², concept élaboré par Marcel Nuss selon qui « être présent à l'autre est un état d'être, autant qu'un état d'esprit, une éthique et une philosophie à la fois professionnelles et personnelles » (Nuss, 2016, p. 51). Cela engage également « une réciprocité [...] dans le consentement, l'accueil, l'ouverture et la disponibilité » (Stiker et al., 2009, p. 105) ainsi qu'une symétrie dans la relation. L'accompagnement s'inscrit par ailleurs dans une commande sociale.

³² En référence au titre de son ouvrage intitulé *La présence à l'autre*, Dunod, 2014
Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

D'une collaboration centrée solutions impliquant la notion de chemin faisant, on est davantage, selon Maëla Paul, sur une démarche de projet dont « l'attache de l'accompagnant ne consiste donc pas à convaincre des bienfaits d'un projet [...] mais à en soutenir l'appétence par la mise en mots » (Paul, *ibid*, p. 141). Cette « dimension réflexive » permet de prendre en compte la personne dans sa globalité avec ses besoins et sa « dynamique personnelle » (Paul, 2004).

L'accompagnement suppose avant tout une posture et une éthique dont la « tâche questionne la responsabilité, la liberté et l'existence des autres et [...] dans ce domaine, elle vise un dépassement de l'existence spontanée et de ses comportements » (Paul, *ibid*, p. 16). De manière consensuelle, les différents spécialistes sur le sujet, s'accordent sur le fait que l'accompagnement repose aussi sur des savoirs et des savoir-faire. Notamment dans le cadre de l'accompagnement des PSH, pour lesquelles, selon Sticker et al., les demandes sont à la fois « globales et complexes » et sont souvent « l'expression d'un besoin de sécurité » (Sticker et al., *ibid*, p. 32). Selon ces mêmes auteurs « les métiers [...] du secteur médico-social demandent une intelligence très fine des situations dans lesquelles les personnes qui les exercent ont à intervenir, une maturité psychologique et une conscience des responsabilités ». Ils vont même jusqu'à qualifier l'accompagnement comme un art en tant que « pratique éclairée et exercice professionnel négocié avec son bénéficiaire » (Sticker et al., *ibid*, p. 65). Il ressort de ces analyses, la complexité voire l'impossibilité d'établir une définition précise de l'accompagnement. Les membres du Conseil scientifique du FIPHFP proposent celle-ci :

« L'accompagnement c'est mettre à disposition de la personne accompagnée des ressources lui permettant de soutenir et de concrétiser sa volonté d'avancer, de faire évoluer sa situation, selon la voie qu'elle a elle-même choisie, et collaborer avec elle. C'est contribuer à la restauration de son pouvoir d'agir sur sa situation » (FIPHFP, 2015, p. 27). Maëla Paul résume, quant à elle, l'accompagnement comme « un contexte relationnel au sein duquel un être humain bénéficie des conditions qui lui sont nécessaires pour se construire en tant qu'être existant et force de déploiement » (Paul, 2016, p. 45).

Ces deux définitions complémentaires s'inspirent de la Classification internationale du fonctionnement du handicap (CIF) élaborée par l'OMS (dernière version en 2001) qui met en lumière l'interaction systémique de différentes composantes : les fonctions organiques/structures anatomiques, les activités, les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. Cela permet d'évaluer la participation sociale et d'accompagner la personne sur les projets qu'elle souhaite réaliser dans une visée d'autonomie.

L'accompagnement requiert une posture et une éthique particulières qu'il nous semble nécessaire d'explicitier.

4.1.2 L'accompagnement : une question de posture, de relation et d'éthique

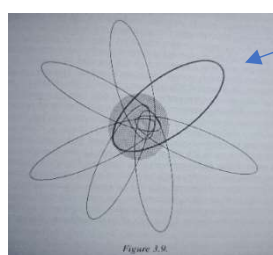
La relation d'accompagnement fait appel à différentes notions et compétences. Tout d'abord elle est fondée, selon Maëla Paul, sur un « cadran fonctionnel » (Paul, *op. cit.*, p. 76) qui permet cette entrée en relation à l'autre et de poser les préalables (rôle et posture) adaptés en vue d'impulser la démarche. Une fois ce cadre structurant définit, s'ensuit les modalités favorisant l'accompagnement, que l'auteure nomme « cadran processuel ». Il s'agit des dynamiques croisées : « opérationnelle », « situationnelle », « relationnelle » et « temporelle ». L'accompagnant doit pouvoir ajuster constamment son action en tenant compte de l'ensemble de ces paramètres qui comprend la temporalité basée sur la non-linéarité de la relation (*kaïros*), « l'alternance tension/détente », l'instauration du dialogue et la compréhension de la situation. Ces éléments constituent les conditions *sine qua non* pour mobiliser les ressources en vue de permettre à la personne accompagnée d'atteindre son objectif. Accompagnement qui nécessite une posture dont les caractéristiques sont de l'ordre éthique, du non-savoir, de dialogue, d'écoute active et de tiers. L'accompagnant se trouve en permanence en position double : entre écoute active et écoute réceptive, visée productive et visée constructive, « implication et critique, adhésion et défi » (Paul, *ibid*, p. 69). Dans cette juste distance, s'ajoute la nécessaire implication de soi au travers du « travail de dévoilement émotionnel » (Golay & Udressy, 2013). Cette résonance permet ainsi d'introduire le tiers qui permet à l'accompagnant de s'appuyer sur son positionnement professionnel. Enfin, l'accompagnant agit dans un cadre précis. « [Sa] position [...] est à l'intersection de ces trois exigences : répondre à une attente institutionnelle, entendre la personne accompagnée dans sa singularité et être efficace en tant que professionnel » (Paul, 2004).

Si les professionnels du secteur médico-social sont formés à accompagner, on mesure les raisons de l'université d'Evry qui ont motivé l'attribution de cette mission d'accompagnement des PSH, à l'assistante sociale. En sa qualité « [d'] acteur essentiel de l'accompagnement des personnes en situation de handicap » (Circulaire du 17 mars 2022 *op.cit*), on mesure l'enjeu de cette mission transverse portée par la CH qui apporte un appui considérable à tous les niveaux : individuel, collectif, et institutionnel. Toutefois, le maintien en emploi implique une pluralité d'acteurs internes à laquelle un focus mérite d'être apporté.

4.2 L'accompagnement des personnes en situation de handicap dans le cadre du maintien en emploi

4.2.1 Le modèle de l'accompagnement global

Nous avons vu que l'accompagnement a une visée de changement qui passe par des rites de passage (en référence à la théorie de Van Gennep³³). Dans le monde professionnel, la personne est dans une sorte d'interdépendance d'une organisation, d'un collectif de travail. Comment permettre à l'agent en situation de handicap ou d'altération de santé d'être acteur de sa situation ? Dans cet objectif, le Conseil scientifique du FIPHFP compte trois niveaux de leviers à actionner : institutionnel, organisationnel et l'entourage professionnel (FIPHFP, 2015, p. 104). L'objectif étant d'être le plus possible dans le préventif et d'agir à tous niveaux de l'institution avec une visée de changement des mentalités pour plus d'inclusion intégrée dans les pratiques professionnelles. Cette idée va dans le sens des préconisations de Jean-François Chossy dans son rapport paru en 2011 où il évoque la notion « [d'] approche globale » (Chossy, 2011, p. 53). Il met en avant la nécessité de croiser les regards plutôt que de fonctionner en silo qui ne donne pas de perspectives construites et objectives. En effet, « c'est dans la pluridisciplinarité et la diversité des regards que se niche l'innovation et le soutien adapté » (FIPHFP, 2016, p. 75). C'est dans une volonté de compensation, de créer ou recréer un environnement capacitant tout en préservant un équilibre systémique que les commissions de maintien en emploi et autres dispositifs récents s'inscrivent. Cette instance regroupant la vision médico-sociale et les aspects professionnels (techniques, organisationnels...). Cette vision partagée avec l'agent au cœur du dispositif d'accompagnement fait également référence au « modèle interstitiel » développé par Sticker et al. qui positionne la personne comme un acteur au même titre que les autres (Sticker et al., *op. cit.*, p. 59).



La personne « acteur »

Figure 1 Modèle interstitiel.

Ce modèle en rhizome permet « une complémentarité réfléchie et réglée ainsi qu'une bonne cohérence dans la zone d'accompagnement formée par cette intersection multilatérale des actions de tous les intervenants impliqués dans son [de la PSH] accompagnement ». De fait, on ne peut dissocier chaque acteur de l'institution (le directeur

³³ Arnold Van Gennep, ethnologue français a déterminé trois temps : préliminaire, liminaire, post liminaire. Ses recherches ont donné lieu à l'ouvrage intitulé *Les rites de passage* paru en 1909 et réédité en 1981

d'unité de travail, le manager direct, le service formation/concours de la RH, le service de santé au travail...), même si le lien privilégié avec la correspondante handicap doit être vu comme un facilitateur qui va pouvoir proposer d'activer un dispositif adapté. Ce qui fait sa plus-value c'est bien « [sa] connaissance de cet environnement (essentiellement législatif et réglementaire), [qui] est un atout qui permet de savoir situer son action dans un cadre global » (Stiker et al, *ibid*, p ; 168). Ce qui va dans le sens de Gérard Sauzet pour qui l'accompagnement a pour objectif de « se repérer dans le labyrinthe des démarches, des droits et des procédures que leur [aux PSH] situation leur impose » (Stiker et al. *ibid*, préface p. IX).

4.2.2 Outils et dispositifs

Quand le handicap ou l'altération de santé survient en cours de carrière, nous avons vu qu'une panoplie de dispositifs réglementaires peuvent être actionnés, en lien avec les organes médicaux (conseil médical) pour adapter les modalités de reprises du travail. Nous l'avons étudié en amont de ce mémoire, l'assouplissement des règles concernant la reprise, conjugué à la charte de télétravail constituent de véritables remparts contre la désinsertion professionnelle. Par ailleurs la reconnaissance administrative ouvre des droits connexes aux personnels de la fonction publique comme la priorité dans le cadre de mutation ou encore la majoration de 30% par l'État pour les chèques vacances. Dans le cadre notre convention passée avec le FIPHFP, d'autres leviers peuvent être actionnés comme les chèques services, les formations et bilans de compétences, les remboursements de trajets domicile-travail, les études ergonomiques et les aménagements de l'environnement de travail. Le recours aux organismes de placement spécialisés type Cap emploi et les établissements et services de réadaptation professionnelle et autres structures spécialisées concourent au maintien dans l'emploi. Si la palette de dispositifs de compensation est large, n'est-elle pas connue seulement de quelques initiés, en particulier la CH ? Même si elle est le pivot dans l'accompagnement, est-elle suffisamment repérée par les agents et par les autres acteurs internes ? Est-ce que les agents savent que son champ d'action va au-delà du handicap en englobant l'impact de la maladie sur la poursuite de carrière professionnelle ? De même, n'y a-t-il pas un brouillage de l'information entre nécessité de la reconnaissance administrative du handicap pour prétendre à certaines prestations et les modalités générales qui peuvent s'appliquer à tous les agents ? En cela, la CH est d'ailleurs dans l'esprit de la loi édictée par la CIDPH en étant au-delà de la politique catégorielle. Sachant que « catégoriser, c'est en soi diviser, séparer et éliminer pour mettre de l'ordre la société » (Gardou, 2012, p. 57). Elle propose un accompagnement équitable pour toutes les personnes qui s'estiment en situation de handicap. Les guides de bonnes pratiques (du FIPHFP, la MIPH de la DGRH, de la DGAFP...) semblent surtout être appropriés par la CH.

Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

Tout comme elle porte les actions de sensibilisation et de formation. On peut s'interroger sur les attentes des acteurs internes sur ce que peut leur apporter la correspondante handicap en termes de diffusion de bonnes pratiques et de connaissances. De même, quelles sont, si elles existent, les attentes pour appliquer une gestion, un traitement équitable et inclusif ? N'y aurait-il pas une impression d'agir correctement, de « maîtriser » les typologies de handicap et d'être certain d'être non-discriminant ? Et donc d'avoir des présupposés sur l'état de nos connaissances ? Ces questions participent à la réflexion sur les modalités d'accompagnement des PSH.

Après avoir étudié la politique générale et la déclinaison au sein de la fonction publique, la compréhension du concept d'accompagnement apporte un éclairage sur les modalités de mise en œuvre, à savoir les acteurs et les moyens. Il convient désormais de s'intéresser à l'organisation de la politique handicap au sein du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche puis à celle de l'université d'Évry.

Chapitre 2 : Structuration de la politique handicap au sein de l'enseignement supérieur et spécificités de l'université d'Évry

Le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche dénote dans le paysage des administrations de la fonction publique. Il paraît essentiel de s'intéresser à son organisation singulière et de comprendre le maillage de la mission handicap sur le territoire. L'étude des données de population -générale et handicapée- seront utiles pour mettre en perspective le contexte de l'université d'Évry. Un *focus* sur les acteurs et les modalités d'accompagnement des PSH permettront de comprendre l'hétérogénéité des organisations locales.

1. Le ministère de l'enseignement supérieur : entre autorité limitée et autonomie des établissements sous contrôle

1.1 L'enseignement supérieur au prisme de son évolution législative

La loi du 12 novembre 1968³⁴ dite loi Faure, constitue la première grande réforme de l'enseignement supérieur vers l'autonomie et la pluridisciplinarité. Elle a créé le statut d'établissements publics à caractère scientifique et culturel, les unités d'enseignement et de recherche et instauré le statut d'enseignant-chercheur. Différents textes ont progressivement cadré l'organisation et les missions des universités, en leur attribuant de plus en plus d'autonomie. La loi du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des

³⁴ Loi n°68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur
Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

universités³⁵ dite loi LRU, a constitué un virage majeur dans l'enseignement supérieur. Selon, Jean-Pierre Finance, cette loi « s'apparenterait à une loi de décentralisation » (Finance, 2015). Elle a engendré une réforme des organisations internes en cadrant les conditions d'éligibilité du président, en instaurant tout un panel d'instances décisives et de dialogue social mais également en donnant aux établissements une entière responsabilité financière et de gestion des ressources humaines. Un contrat pluriannuel d'établissement sert de support pour légitimer les orientations stratégiques et obtenir les moyens financiers nécessaires à son exécution. Cette loi permet de comprendre la contrainte économique dans laquelle se situent les établissements qui doivent à la fois permettre le processus de carrières des agents de l'Etat, pouvoir s'engager dans des projets nationaux et internationaux de recherche et pouvoir assurer l'ensemble des missions de service public en se dotant des moyens humains indispensables à leur plein exercice. Selon Jean-Richard Cytermann et Pascal Aimé, cette loi s'inscrit dans la mouvance du *new public management* et tout un continuum de réformes allant de la Loi organique relative aux lois de finances³⁶ aux dispositions de la loi de programme pour la recherche de 2006³⁷. Ces deux auteurs précisent que « le mot autonomie est pris dans son sens juridico-technique en ce qu'il organise les relations entre le ministère chargé de l'enseignement supérieur de la recherche, son administration centrale et ses établissements opérateurs » (Cytermann & Aimé, 2019). Selon eux cette autonomie est avant tout centrée sur l'équipe de direction de l'établissement. La souplesse laissée à la gestion de la masse salariale et à la liberté de mener des arbitrages est contrecarrée par le manque d'autonomie pédagogique et de gestion directe de l'évolution de carrière des enseignants-chercheurs. Stéphane Calviac (Calviac, 2019) estime que la fonction publique tend à se focaliser sur la prestation à fournir plutôt que sur les procédures pour y parvenir et à vouloir réduire ses coûts ; l'attribution de la liberté dans le management étant un moyen de laisser la marge de manœuvre pour motiver le personnel. Cela confirme l'idée des auteurs de montrer la montée en compétence des équipes administratives avec une professionnalisation et des procédures accrues. Tout en invoquant la nécessaire maîtrise des recrutements et d'opter pour une véritable stratégie budgétaire et une stratégie en termes de réussite éducative de recherche avec détermination des projets prioritaires, dont font partie également les projets de regroupement avec d'autres établissements. Ce qui sera l'un des objets de la loi sur l'enseignement supérieur et la recherche de 2013³⁸ et a donné lieu au projet de fusion de

³⁵ Loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités

³⁶ Loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances

³⁷ Loi n° 2006-450 du 18 avril 2006 de programme pour la recherche

³⁸ Loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche

l'université d'Évry avec d'autres universités et écoles pour former l'université Paris-Saclay à l'horizon 2025.

1.2 Les catégories de personnels de l'enseignements supérieurs : données clés

En qualité d'établissement public, le milieu universitaire comprend deux grandes typologies de personnels :

- Les enseignants et enseignants-chercheurs (qui comprend plusieurs corps professionnels)
- Les personnels de bibliothèque, ingénieurs, administratifs, techniques, de santé et social (BIATSS)

Avec une déclinaison pour les personnels BIATSS : les ingénieurs et techniciens de recherche et de formation (ITRF) et les personnels de l'administration de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur (AENES). Ces deux catégories générant des modes de gestion différents sur le plan de la carrière.

Les établissements ont par ailleurs la capacité de recourir à des contrats à durée déterminée (CDD) et à des contrats à durée illimitée (CDI) mais n'ont pas toute la latitude pour ouvrir des postes aux concours, décision qui relève du MESR. Les personnels sont donc gérés selon deux systèmes juridiques en fonction de leur modalité de recrutement : le droit commun et les règles de gestion de la fonction publique.

Le bilan social du MESR de 2019-2020 comptabilise 199 343 agents, dont 52,7 % de femmes (MESR-DGRH, 2021, p. 17). Si la majorité des personnels a le statut de fonctionnaire, on dénombre une quantité importante de personnels contractuels : 27,7 % chez les BIATSS en 2020³⁹ et 23 % chez les personnels enseignants⁴⁰. Le corps des EEC compte 41,8 % de femmes, celui des BIATSS, 64 %.

Il est à noter qu'une dernière catégorie de personnels non négligeable pour tenir la mission d'enseignement, est celle des chargés d'enseignement vacataires. Ils étaient au nombre de 127 952 en 2019 pour 101 145 enseignants titulaires. L'établissement n'étant pas son employeur principal, ils ne sont pas comptabilisés dans les personnels et n'ont pas les mêmes droits que les personnels titulaires et contractuels, notamment en termes de santé au travail, d'accompagnement et d'aménagement de l'environnement de travail dans le cadre du handicap.

³⁹ Données statistiques du MESR au titre de l'année 2020, diffusées sur le site ministériel

⁴⁰ Note de la DGRH N°5 du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche de mai 2021

L'ensemble de cette population concourt au bon fonctionnement de chaque établissement et forme ce qui est communément appelée la communauté universitaire.

Par ailleurs, le bilan social de 2019-2020 du MESR révèle un taux d'emploi de personnes handicapées de 3,64 %. Sur les 6 223 personnels reconnus administrativement : 47 % des femmes et 51 % des hommes sont ITRF ; 18 % de femmes et 17 % d'hommes sont contractuels ; 12 % de femmes et 22 % d'hommes sont enseignants (du 1^{er}, second degré et du supérieur) ; 18 % des femmes et 6 % des hommes sont des personnels administratifs. 50,5 % des personnels BOE ont entre 41 et 55 ans et 32,2 % sont âgés de plus de 55 ans. Le total de 82,7 % corrobore le constat national qui évalue que le handicap survient dans 85% des cas au cours de la vie.⁴¹

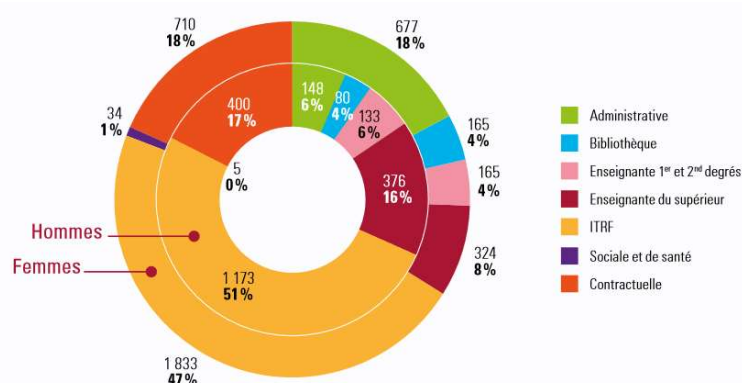


Figure 2 Les effectifs des travailleurs handicapés répartis par filière et selon le sexe. Bilan social 2019-2020 du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

1.3 La mission handicap ministérielle et les réseaux

Conformément à la circulaire du Premier ministre en date du 23 octobre 2017⁴², le Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports (MENJS) et le MESR ont désigné au sein de leur secrétariat général commun, un « haut fonctionnaire en charge du handicap et de l'inclusion, qui a pour responsabilité de définir et de mettre en œuvre la politique en matière d'accessibilité universelle et de handicap ». La direction générale des ressources humaines a ainsi mis en place une mission à l'intégration des personnels handicapés de l'enseignement supérieur. Elle a élaboré une fiche de poste pour les correspondants handicap (pendant des référents handicaps chargés des étudiants), en rattachant cette fonction au service des ressources humaines. Les missions sont également répertoriées dans une lettre de mission qui doit être signée par le président de l'université ou le directeur de l'établissement. Même si cela marque la volonté de respecter la volonté gouvernementale et la mise en conformité avec

⁴¹ <https://handicap.gouv.fr/voyons-les-personnes-avant-le-handicap-kit-de-communication>

⁴² Circulaire du 23 octobre 2017 relative à la mise en œuvre de la politique interministérielle en faveur des personnes handicapées et de leur inclusion

la loi de transformation de la fonction publique de 2019, il demeure regrettable que cette lettre de mission soit modulable. En effet, le champ de compétences des correspondants handicap peut être aménagé selon les modalités d'organisation et des moyens humains internes et plus largement d'une question de volonté politique de l'établissement. Cela permet de constater l'action limitée de la MIPH et donc de l'action ministérielle en termes d'impulsion d'une politique en faveur de l'inclusion et du maintien en emploi. La circulaire du 17 mars 2022 relative à la fonction de référent handicap dans la fonction publique, inspirée du modèle appliqué au sein de la MIPH, rappelle l'obligation des employeurs publics à nommer un référent handicap au sein de leur administration. Mais il revient toujours à l'établissement public de délimiter les missions et de préciser le positionnement et de déterminer les moyens disponibles. La circulaire donne ainsi un cadre normatif et une visibilité de cette fonction émergente. Un bémol convient d'être apporté, car sa portée semble toutefois limitée au regard du peu de précisions et de la marge de manœuvre laissée ouverte aux établissements.

Le constat actuel est un réseau de correspondants handicap hétérogène. Même s'il n'a pas été possible d'avoir des données précises, l'analyse de terrain a permis de dégager les principaux profils suivants :

- Cette fonction est souvent ajoutée à d'autres missions et donc rares sont les correspondants handicap à un temps plein ;
- Parfois les missions sont morcelées entre la partie accompagnement et commande de matériel adapté, la partie recrutement, formation et déclaration annuelle (DOETH) ainsi que les actions de sensibilisation ;
- Il y a une diversité des profils qui sont soit administratifs, soit médico-sociaux ;
- Les rattachements sont variés : ressources humaines, santé au travail ou encore mission handicap qui comprend le volet étudiant.

Ces multiples configurations peuvent brouiller le message à destination des personnels si la communication et les moyens alloués sont insuffisants. Par ailleurs, on peut s'interroger sur l'éventuelle sous-estimation du travail au regard des missions ou sur les attendus de cette fonction pour répondre à la politique des quotas et de non-discrimination. Ce qui va dans le sens de l'enquête menée par Fanny Jaffrès et Marie-Renée Guével en 2017 qui relève pour l'enseignement supérieur notamment, des « stratégies organisationnelles en matière de handicap [...] peu structurées, faiblement formalisées ; la logique de non-discrimination n'y a que peu de place et peu de ressources lui sont consacrées » (Jaffrès & Guével, 2017). Elles ajoutent par ailleurs que les référents handicaps sont « rarement identifiés en tant que tel par les personnels, le temps dont ils disposent sur ces missions

est jugé insuffisant, de telle sorte qu'ils génèrent essentiellement le recensement de BOE et les urgences ». Cela étant, les référents handicaps sont à l'interface de l'administratif et du médico-social, ce qui rompt probablement avec l'organisation traditionnelle de la fonction publique. La complexité de cette fonction a fait l'objet d'une étude menée en 2019 par Emmanuelle Fillion, Aude Lejeune et Delphine Thivet qui ont relevé que « les référent.es se sentent tiraillé.es entre différents objectifs parfois difficilement compatibles, à savoir « l'accompagnement des personnes handicapées, d'une part, et leur rôle de gestionnaire du handicap, d'autre part » (Fillion et al., 2021). Dans leur étude, les sociologues ont élaboré deux profils de référents handicap : les militant.es et les bureaucrates. Ce qui corrobore avec la diversité constatée au sein du réseau ministériel.

Pour soutenir les correspondants handicap, la MIPH a mis en place un réseau et un lien collaboratif avec des supports (textes réglementaires, outils de suivis, supports de communication) et une messagerie permettant d'échanger entre correspondants handicap. Par ailleurs, une formation de deux jours est dispensée pour ceux qui arrivent sur cette fonction, ce qui est peu selon le profil des CH. Une journée annuelle réunit le réseau.

Au-delà des réseaux internes, les « Handi-Pacte » régionaux constituent un soutien pour éviter l'isolement des référents handicap de la fonction publique. Ils émanent du FIPHFP et permettent de décliner la politique handicap en proposant des modules d'informations et des échanges de bonnes pratiques. Les Handi-Pacte sont les chefs de file pour organiser ou relayer les événements politiques sur les régions.

Si les réseaux permettent aux correspondants handicap de mener à bien leurs missions, il n'en demeure pas moins que la MIPH peine à faire infuser une politique d'inclusion et de maintien en emploi de manière homogène au sein des établissements de l'enseignement supérieur qui restent souverains en termes d'organisation interne. Les correspondants handicap ministériels ne disposent pas tous des moyens pour à la fois insuffler une politique handicap et accompagner les personnels. Ces éléments alimentent donc le questionnement autour des modalités d'accompagnement et permet de s'intéresser à l'organisation actuelle au sein de l'université d'Évry.

2. La politique handicap au sein de l'université d'Évry

2.1 *Présentation générale de l'université d'Évry*

L'Université d'Évry est l'une des quatre universités nouvelles créées en 1991 dans le cadre du développement de l'enseignement supérieur dans la région Ile-de-France et de la

déconcentration des universités parisiennes. C'est un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel (EPSCP) dont le président de janvier 2014 à janvier 2023 était Monsieur Patrick Curmi, issu du milieu de la recherche. Depuis le 1^{er} février 2023, Monsieur Vincent Bouhier, Docteur en droit a été nommé. Il est soutenu sur le plan administratif et juridique par la direction générale des services. Depuis le 1^{er} janvier 2020, l'université est membre-associée de l'université Paris-Saclay dont l'intégration est prévue à l'horizon 2025.

L'université d'Evry est composée de cinq unités de formation et de recherche (UFR) : Droit et sciences politiques (DSP) ; Sciences de l'homme et de la société (SHS) ; Langues, arts et musique (LAM) ; Sciences fondamentales et appliquées (SFA) ; Sciences et technologies (ST). Elle comprend également un Institut universitaire technologique (IUT) et une bibliothèque universitaire. La recherche est menée au sein de 19 laboratoires et l'université est impliquée dans 9 écoles doctorales partagées.

L'université accueille environ 12 000 étudiants.

2.2 Les données de population

2.2.1 Population globale et analyse des BOE

L'université d'Évry accuse un retard dans ses bilans sociaux qui ont été remplacés depuis janvier 2021 par les rapports sociaux uniques (RSU). Celui au titre de l'année 2021 est en cours. Les données présentées sont issues de deux sources : les DOETH des deux dernières années et les données statistiques de 2021 nécessaires à l'élaboration du projet de deuxième convention avec le FIPHFP⁴³.

En termes de population générale, l'établissement compte en 2021, 996 agents, dont 565 personnels de l'enseignement et de la recherche et 431 personnels BIATSS. L'effectif total sur les trois dernières années est stable et compte environ deux tiers d'agents permanents, ce qui est représentatif de la moyenne du MESR.

L'université d'Évry présente une quasi-égalité femmes/hommes avec 513 femmes et 483 hommes ; le ratio de 52 % de femmes étant similaire au taux recensé par le MESR en 2019. 735 agents, soit 73 %, sont de catégorie A. Cette part est importante au regard du nombre d'enseignants et enseignants-chercheurs qui représentent 76 % de cette catégorie. Pour la partie administrative, la répartition des agents est la suivante :

⁴³ Projet mené par la correspondante handicap ; la 2^{ème} convention avec le FIPHFP a été accordée en décembre 2022

Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C
170	107	154

Tableau 1 Répartition des personnels BIATSS par catégorie administrative au 31 décembre 2021. Données transmises par la direction des ressources humaines

La pyramide des âges révèle que 44 % des personnels sont âgés de 41 à 55 ans, 29 % ont entre 25 et 40 ans et la part des plus de 55 ans atteint 21 %.

Si 73 % des agents sont dans la fourchette des 26-55 ans, la part des agents BOE est centrée essentiellement sur les agents de plus de 41 ans. La part des BOE représente 8 % des agents de 41 à 55 ans et 8 % des agents de plus de 55 ans.

Concernant la répartition par classe d'âge, on constate une hausse chez les 41-55 ans qui est notamment passée de 25 en 2019 à 34 en 2020. 55 % des BOE sont concentrés dans cette tranche d'âge. Au total, les plus de 41 ans représentent 85 % des personnels ayant une reconnaissance administrative du handicap.

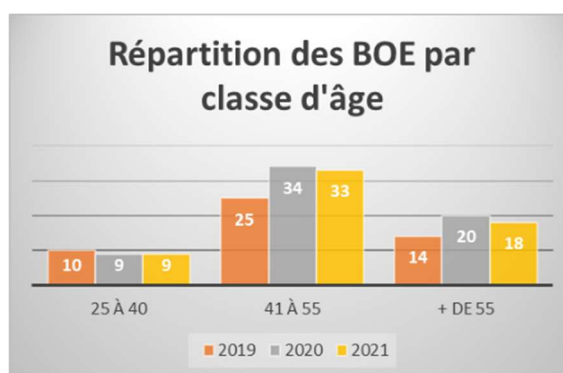


Figure 3 Répartition des BOE par classe d'âge. Données issues du projet de deuxième convention avec le FIPHFP

75% des personnels BOE sont des femmes. Sur l'ensemble de la population féminine, 8,77% sont BOE contre 3,10% sur l'ensemble de la population masculine.

Les taux de BOE sont nettement plus importants chez les agents de catégorie B (16,8%) et C (14,29%) qu'au sein des agents de catégorie A (2,72%).

Parmi les personnels reconnus BOE, on constate d'ailleurs moins d'agents administratifs de catégorie A que de personnels de l'enseignement et de la recherche. Cependant, ces chiffres sont à relativiser au regard du nombre total de cette deuxième catégorie de personnel qui représente plus de 50% des effectifs de l'université. Par conséquent, si l'on rapporte la répartition des BOE sur l'effectif total de chaque catégorie, 2,15% des personnels enseignants sont en situation de handicap déclaré, contre 4,70% des agents administratifs de catégorie A.

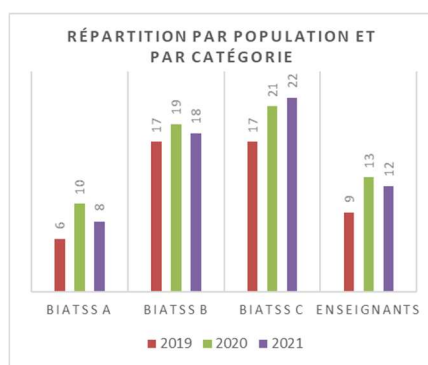


Figure 4 Répartition par population et par catégorie. Données issues du projet de deuxième convention avec le FIPHFP

En termes de répartition par structures, certaines ont un taux particulièrement élevé de BOE, non proportionnel au nombre d'agents. Il y a donc une concentration dans certaines unités de travail. Inversement, on peut s'étonner du faible taux de BOE dans les plus importantes directions que sont : l'UFR SFA et l'IUT. De même il n'y a pas d'agents BOE recensés au sein de l'UFR SHS.

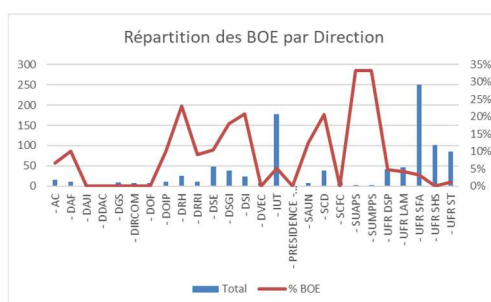


Figure 5 Répartition des BOE par direction. Données issues du projet de deuxième convention avec le FIPHFP

Parmi les personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap et les agents ayant une fragilité de santé connue, il est intéressant de voir que seuls 5,6 % ont recours au temps partiel, ce qui semble démontrer deux choses qui favoriseraient l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle des agents BOE :

- Les différentes modalités de temps de travail : choix de la formule horaire hebdomadaire, une certaine flexibilité des horaires, une souplesse d'aménagement et de réduction du temps de travail (ARTT) ;
- La mise en place du télétravail porté jusqu'à 3 jours hebdomadaire⁴⁴

Durant la période 2019-2021, 17 agents titulaires ont fait une reconnaissance administrative de leur handicap. L'ensemble de ces agents sont âgés de plus de 41 ans. Sur la part des agents contractuels (CDD), la classe d'âge est inverse puisque 5 des 8 agents qui ont déclaré leur handicap ont entre 25 et 40 ans.

⁴⁴ Charte du télétravail de l'université d'Evry 2021-2022
 Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

Le taux d'emploi des BOE est passé de 4,98 % en 2019 à 6,32 % en 2020. En 2021, il est descendu à 6,02 %. La pyramide des âges fait apparaître un départ potentiel de 8 agents en 2022 à la retraite dont deux pour invalidité suite à un congé de longue maladie ou de longue durée (CLM/CLD) ⁴⁵ et deux pour retraite de droit demandés et en cours. En parallèle, cinq agents dont quatre de plus de 40 ans ont déposé une demande de RQTH à la MDPH. Parmi ces cinq personnes, on compte un enseignant et deux contractuels.

Le nombre de BOE permet de recenser les personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap. Cela étant, des personnels ayant une problématique de santé consécutive à une maladie grave notamment ou un handicap qu'ils ne souhaitent pas faire reconnaître, ne sont pas comptabilisés alors que certains se trouvent en situation de handicap.

2.2.2 Lien entre BOE, congés pour raison de santé, modalités de reprise ou de départ et restrictions d'aptitudes

Il est intéressant de croiser le nombre de BOE avec les personnes en congés de longue maladie ou de longue durée ou encore à temps partiel thérapeutique, ceux qui ont des restrictions d'aptitudes et ceux qui partent en retraite à l'issue d'un congé pour raison de santé.⁴⁶

	CLM (dont CLM fractionnés)	CLD	Reprise à temps partiel thérapeutique	Retraite pour invalidité après congé pour raison de santé	Retraite de droit après congé pour raison de santé	Restrictions d'aptitudes
BOE	7 (3)	3	1	2	2	20
Non BOE	4	2	1	0	0	25

Tableau 2 Données comparatives des agents BOE et non BOE en termes de congés pour raison de santé, modalités de sortie à l'issue des droits et restrictions d'aptitudes. Adapté à partir des données de la DRH

On constate que sur seize personnes, dix ont une reconnaissance administrative de leur handicap. Sur ces dix personnes, trois sont en congé de longue maladie fractionné à raison d'un ou deux jours par semaines pour des soins et deux personnes vont reprendre à temps partiel thérapeutique. Parmi les personnes qui sont parties à la retraite, que ce soit cette année ou l'année antérieure, certaines n'ont pas voulu aller au bout de leurs droits à congés pour maladie. Ces personnes ont préféré quitter la fonction publique avec les conséquences sur le montant de la retraite. Les lourdeurs administratives réelles,

⁴⁵ Les congés pour raison de santé sont régis par le décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires. On distingue les congés ordinaires, les congés de longue maladie pouvant durer jusqu'à 3 ans et les congés de longue durée pouvant aller jusqu'à 5 ans.

⁴⁶ Données fournies par la DRH

ressenties ou vécues ou encore le besoin de couper avec le milieu professionnel ont été les arguments de leurs décisions. On peut présumer que c'était un choix par défaut qui reflète un contexte difficile à comprendre et à accepter pour des personnes en situation de vulnérabilité en raison de leur situation de santé qui, de fait, les a mis en situation de handicap. Concernant les restrictions d'aptitude, il est intéressant de noter qu'un tiers des BOE en bénéficient mais qu'ils constituent moins de 45% des agents qui en ont.

2.2.3 Les accidents du travail et les maladies professionnelles

Les données recensées montrent une baisse des accidents de travail (AT) qui sont passées de 18 en 2019 à 10 en 2021.⁴⁷ La moyenne du nombre de jours d'arrêts par accident ont légèrement diminués, passant de 28,5 jours à 26 jours. Le recensement des accidents de services (terme adapté pour la fonction publique) et les maladies professionnelles n'est pas aisément visible par les acteurs de la prévention. Cela en raison des causes multifactorielles suivantes :

- Le signalement est effectué directement par l'agent auprès de sa gestionnaire RH ; seule la direction des ressources humaines a la déclaration ;
- Le défaut de médecin du travail depuis septembre 2020 censé être informé de tous les AT/MP ;
- Le défaut de commission en interne, y compris quand il y avait un médecin de prévention.⁴⁸ Il semble qu'avant 2019, année marquée par le renouvellement de plusieurs personnels administratifs, il y avait un comité non officiel qui se réunissait. Aucune trace de réunions ni de décisions n'ont été retrouvées. Cette instance était chargée de déterminer l'imputabilité du service ou non et d'orienter vers un médecin expert si nécessaire ou vers la commission de réforme départementale. A ce jour, il n'y pas une instance formalisée pour les décisions concernant les décisions d'imputabilité.

Ce constat va dans le sens dans ce qu'a relevé Véronique Daubas-Letourneux dans son étude sur les accidents de travail. Elle pointe que « les données de « sinistralité » concernant les fonctionnaires des trois versants de la fonction publique sont parcellaires et ne sont pas homogènes ni centralisés, rendant impossible l'accès à une connaissance globale des accidents du travail. » (Daubas-Letourneux, 2021, p. 65). On peut même aller jusqu'à s'interroger sur la connaissance et l'accès des procédures par les agents (formulaires de déclaration), le soutien et l'accompagnement des personnels qui pourraient

⁴⁷ Données transmises par la DRH et le service hygiène et sécurité

⁴⁸ Médecins de prévention appelés depuis 2021 médecins du travail

Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

en ressentir le besoin. On peut se demander aussi si certains ne renoncent pas à faire une déclaration.

Cette photographie sur les modalités de traitement des AT/MP est intéressante dans la mesure où elle concerne certains agents en situation de handicap accompagnés par la CH.

2.2.4 La particularité des vacataires, travailleurs de l'ombre

L'université d'Évry compte environ 1200 enseignants vacataires. Comparativement, il semblerait que l'université Paris-Saclay (ex-Paris-sud) en compterait 200. Le ratio semble disproportionné au regard du nombre d'EEC qui sont au nombre de 565 à l'université d'Évry contre 4000 environ pour Paris-Saclay. Sachant que les EEC doivent assurer 192 heures de cours et peuvent effectuer des heures complémentaires. Les chargés d'enseignement vacataires sont, quant à eux, limités par la réglementation interne à 187 heures. Ces personnes constituent ainsi une main d'œuvre moins chère que des enseignants diplômés ; ce qui fait écho aux textes relatifs à l'autonomie des universités et de leurs contraintes budgétaires. Sachant par ailleurs, que les recrutements sur des postes pérennes dépendent aussi de l'accord ministériel. Le recours aux enseignants vacataires permet ainsi de couvrir les besoins d'enseignement à destination des étudiants dont la hausse constante nécessite d'adapter l'offre de formation et de trouver des sources de financement ainsi que des moyens d'y répondre. Ces personnes ne relèvent pas des dispositifs de la gestion de la carrière RH (GRH) puisque l'université n'est pas considérée comme l'employeur principal.⁴⁹ Cela étant, elles font tout de même partie d'un collectif de travail. Les données de contexte permettent de comprendre que certaines filières tiennent grâce à ces vacataires. Par ailleurs, il est arrivé que certains sollicitent la CH pour parler de leur situation. Sans réelles capacités d'action, on peut toutefois s'interroger sur la prise en compte dans le cadre du collectif des aménagements relevant d'une modalité d'organisation, qui pourrait simplifier leur quotidien de travail. Notamment, une vacataire a évoqué son besoin d'accéder facilement à la clé des toilettes pour lui épargner des allers et venues à l'accueil qui lui sont compliqués au regard de son handicap invisible fatigant.

L'analyse des données statistiques permet de constater que les situations de handicap ou d'altération de santé se déclarent majoritairement après 41 ans. Constat auquel il faut ajouter une difficulté structurelle de recrutement sur certains postes administratifs notamment en RH qui a connu un turn-over et un sous-effectif ces deux dernières années. La perte de *modus operandi* passé et le défaut d'instance pluridisciplinaire permettant

⁴⁹ Décret n°87-889 du 29 octobre 1987 relatif aux conditions de recrutement et d'emploi de vacataires pour l'enseignement supérieur

de traiter toutes les situations participent à une gestion potentiellement inégale des situations. D'autre part, on peut émettre l'hypothèse que ce défaut de structuration lié à un défaut de moyen peut affecter fortement les agents qui se retrouvent perdus et sans suivi clair et stable de leur situation, ce qui peut contribuer à mener vers une sortie silencieuse du monde du travail. Cela justifie ainsi la nécessité d'accompagner ces personnels afin de les maintenir en emploi. Par ailleurs, il est intéressant de constater que bien que l'université d'Évry ait atteint son quota avec un taux d'emploi de personnes handicapées dépassant les 6% depuis deux ans, elle souhaite poursuivre l'implémentation d'une politique handicap. Elle se distingue en cela « [d'] une conception restrictive de la politique du handicap comme atteinte d'un objectif quantitatif de taux d'emploi, au détriment d'un questionnement sur les modalités d'intégration et de promotion professionnelle des travailleurs handicapés » (Revillard, 2019, p. 52).

3. La politique handicap de l'université d'Évry en faveur des personnels

3.1 Le schéma directeur handicap 2019-2025

Conformément aux dispositions de l'article 50 de la loi du 22 juillet 2013⁵⁰, l'établissement dispose d'un schéma directeur pluriannuel du handicap. Il a adopté celui de la communauté universitaire de Paris-Saclay auquel il a contribué, ainsi que les autres établissements membres. Il comprend les six axes suivants (Bonneau-Maynard et al., 2019) :

- *Accompagner les élèves/étudiants en situation de handicap ou à besoins spécifiques*
- *Former et sensibiliser les étudiants et personnels*
- *Mettre en place une politique RH en faveur des personnes handicapées*
- *Développer des outils numériques, améliorer l'accessibilité des structures et services*
- *Inclure le handicap au cœur de la recherche et l'innovation*
- *L'université Paris-Saclay dans son environnement*

Une enseignante-chercheuse chargée de mission handicap pilote la politique handicap de l'établissement. Elle travaille en collaboration avec la correspondante handicap rattachée à la direction des ressources humaines, pour la mise en œuvre de la convention passée avec le FIPHFP.

⁵⁰ Alinéa 7 de l'article relatif à la gouvernance des universités de la loi relative à l'enseignement supérieur et de la recherche du 22 juillet 2013

3.2 *La convention avec le FIPHFP : entre opportunité et contraintes*

En 2018, une première convention triennale avec le FIPHFP a été signée. Le contexte sanitaire aura permis de la prolonger jusqu'à fin juin 2022. Le projet d'une seconde convention est en cours.⁵¹

L'objectif de la première convention était d'atteindre, à la fin de la période de conventionnement, le taux d'emploi de 6% par le recrutement, le maintien dans l'emploi et les contrats avec le milieu protégé.

Pour atteindre cet objectif, les axes de travail retenus étaient :

- La sensibilisation et communication en direction du personnel et de l'encadrement
- Le recrutement sur des postes durables et en alternance
- La préservation dans l'emploi des personnes handicapées
- L'encouragement de l'évolution professionnelle et l'employabilité
- La sous-traitance avec le milieu protégé.

Le projet de la première convention a été porté par des acteurs qui n'auront pas été les mêmes pour sa mise en œuvre. Le bilan est assez mitigé car les actions amorcées n'ont pas totalement abouti, notamment en termes de formation (sensibilisation) et de recrutement d'alternants. Si les aménagements matériels de l'environnement de travail constituent les plus grosses dépenses, le travail d'accompagnement individuel et du collectif de travail dans une perspective interactionniste reste plus complexe à effectuer. On peut de fait s'interroger sur la légitimité donnée à la correspondante handicap dans cette fonction de régulation et de conseil. Cela étant, cette première convention a permis d'instaurer un comité de pilotage et un comité de suivi auxquels la gouvernance participe. Cette implication marque la volonté d'enraciner une politique inclusive que l'établissement a souhaité poursuivre avec une deuxième convention.

Être conventionné avec le FIPHFP engage l'établissement à respecter ses engagements et à rendre compte par le biais de bilans annuels très détaillés et précis qui nécessitent du temps pour leur élaboration. En outre, cela permet d'avoir un contact privilégié pour les situations particulières et une simplicité dans la gestion financière puisqu'il n'y a pas besoin de passer par la plateforme du FIPHFP. Cela attribue la qualité de membre du club des employeurs conventionnés avec les échanges de bonnes pratiques et conception d'outils. La convention avec le FIPHFP constitue donc un levier pour instaurer et mener une politique inclusive. La mise en œuvre repose sur la correspondante handicap.

⁵¹ Une nouvelle convention, élaborée par la correspondante handicap, a été signée le 16 décembre 2022 avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2022.

3.3 *La correspondante handicap : un poste transversal aux multiples missions*

J'occupe la fonction de correspondante handicap à mi-temps. Je suis aidée par une gestionnaire RH en charge du suivi administratif. Notre service dédié à l'accompagnement des personnels et à l'action sociale est placé directement sous l'autorité du directeur des ressources humaines ⁵²

Je coordonne la politique handicap de l'établissement pour les personnels et pilote la stratégie d'action. Conformément à la fiche de poste du ministère de l'enseignement supérieur (annexe 1), je mène les actions dans l'ensemble des domaines suivants :

- Communication/sensibilisation/formation (semaine européenne pour l'emploi des personnes handicapées, organisation du Duoday....) ;
- Participation aux jurys de recrutements et de titularisations des personnels BOE ;
- Accueil et accompagnement des personnels en situation de handicap ;
- Mise en place de *process* spécifiques de suivis pluridisciplinaires des personnels BOE ou ayant une altération de santé ;
- Travail en transversalité avec l'ensemble des acteurs internes et externes sur l'ensemble des champs concernant les personnes en situation de handicap (dont accessibilité numérique et des bâtiments).

J'ai également la charge de mutualiser certaines actions de sensibilisation et d'harmoniser les pratiques avec les homologues des universités et écoles qui font partie du futur grand pôle universitaire Paris-Saclay. C'est également une fonction à l'interface entre les partenaires internes et externes dont l'objectif est « de coordonner les interactions entre les acteurs » (Jaffrès & Guével, 2017).

L'établissement a ancré ma place de la CH en validant en Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail début 2020, la mise en place d'un dispositif d'intégration et de suivi individuel des agents en situation de handicap (annexe 2). Je pilote ce dispositif dans lequel je suis le fil rouge tout au long de l'année probatoire des agents nouvellement recrutés ou arrivés par la voie du détachement. Cette procédure met en exergue la transversalité de cette fonction qui lie « stratégie et opérationnel » (Gros, 2019, p. 155). Je constitue une fonction ressource pour les agents en situation de handicap, mais également pour l'ensemble des acteurs de l'institution (RH, managers, santé au travail...).

⁵² Organisation au moment de l'étude. Celle-ci a été modifiée en janvier 2023 avec un nouveau positionnement de la CH au sein du service social et de santé au travail avec de nouvelles missions complémentaires.

Dans l'optique de déployer un accompagnement pluridisciplinaire pour l'ensemble des agents ayant une altération de santé ou un handicap, je suis chargée de mettre en place une commission de maintien dans l'emploi qui devrait être opérationnelle d'ici la fin du premier semestre 2023. Ces dispositifs viennent ainsi répondre au souhait de la MIPH, confirmant la CH comme un acteur de la prévention.

Ma fonction de CH est identifiée et reconnue par la gouvernance. Ce poste transverse nécessite de s'appuyer sur une pluridisciplinarité partielle du fait du cumul des missions de service social. Pour comprendre les contours de chaque profession et leurs modalités d'action et d'accompagnement, il convient de s'intéresser aux acteurs médicaux-sociaux.

3.4 L'équipe pluridisciplinaire médico-sociale

Comme évoqué précédemment, à côté de ma fonction de CH, je suis également assistante de service social. Cela montre la particularité de cette fonction qui est à la lisière entre la RH et le médico-social. Ces deux métiers comportent certaines porosités dans leurs modalités d'accompagnement. Mais si la fonction de CH nécessite une discrétion, la différence fondamentale réside dans le secret professionnel qui s'impose dans l'exercice du métier d'assistante de service social⁵³. Avec la nécessité de rendre compte en tant qu'agent et le secret professionnel de l'autre côté, il n'est pas toujours aisé dans le cadre de la rencontre avec les personnes en situation de handicap ou de fragilité de santé, de savoir à quel titre je suis sollicitée. Il n'est donc pas toujours simple de déterminer ce qui doit relever du secret professionnel. Sachant que généralement j'aborde la globalité d'une situation, faisant appel à ma double compétence. Si ma profession d'assistante de service social me sert dans ma posture, mon écoute et mon approche des situations, la fonction de correspondante handicap est finalement bien plus que cela. C'est un métier émergent qui comprend tout une palette de compétences et de missions. Nous pouvons faire un parallèle avec l'ouvrage sur le service social du travail de François Aballéa et Charlotte Simon paru en 2004 qui mettait en avant cette spécificité nouvelle et particulière, en reprenant leur concept « d'avatars d'une fonction et vicissitudes d'un métier » (Aballea & Simon, 2004). Si la distinction entre les deux métiers n'est pas toujours simple, le positionnement physique en plein cœur du service RH, ne permet pas la discrétion indispensable pour exercer les missions de service social. En revanche la proximité des services RH facilite les échanges et le travail avec la gestionnaire RH en charge du suivi administratif des personnels en situation de handicap et des suivis des arrêts pour raison de santé ainsi que des

⁵³ L'article 226-13 du Code pénal notamment dispose que : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende ».

convocations auprès des médecins agréés. En effet, depuis octobre 2020, l'université n'a plus de médecin du travail (anciennement appelés médecins de prévention). Depuis, seuls les rendez-vous auprès des médecins agréés à la demande des agents ou sur demande de l'administration dans le cadre du respect de la réglementation, sont donnés. Il n'y a donc plus de suivis périodiques qui sont censés être plus fréquents pour les personnes en situation de handicap et encore moins de prévention. Sans compter la méconnaissance de l'environnement professionnel par ces médecins. Lorsqu'il y a des besoins d'aménagement de poste de travail, souvent l'agent est conseillé en amont par la CH pour guider le médecin dans ses préconisations.

C'est pour pallier la pénurie de médecin du travail et la limite des médecins agréés qui n'ont pas la formation adaptée, ni le temps de travailler en partenariat avec l'établissement dans le cadre du maintien dans l'emploi, qu'une convention avec une association de santé au travail a été passée en octobre 2021. Elle permet le suivi des agents par une infirmière. Avec deux limites :

- Elle doit obtenir un diplôme universitaire en santé au travail ;
- Elle ne peut prendre en charge officiellement le suivi des agents et mener les entretiens infirmiers, ni mettre en place des protocoles sans rattachement à un médecin du travail.

Le projet de regroupement universitaire lui permet d'être intégrée aux échanges avec les médecins et infirmières de Paris-Saclay. Le médecin coordonnateur s'est engagé à être son tuteur durant son année de formation. La mise en place de vacations hebdomadaires d'une psychologue du travail depuis mai 2021 contribue également au suivi des personnels et à tendre vers une prévention des risques psychosociaux. Cette nouvelle organisation de la santé au travail doit donc donner une nouvelle dynamique, avec une montée en compétences de l'infirmière dont le DU de santé au travail devrait faciliter le rattachement à un médecin du travail.

Cela étant, si le médecin du travail est le seul habilité à faire des préconisations médicales et à pouvoir établir les restrictions d'aptitude d'un agent, on constate que par la force des choses, les autres acteurs susceptibles d'intervenir dans les situations de santé au travail sont tout aussi importants. A ce titre, la constitution d'une équipe sociale et de santé au travail vient répondre de manière pluridisciplinaire aux besoins des agents. Ce qui confirme que « pour l'accompagnement, les acteurs essentiels du secteur médico-social doivent être mobilisés en qualité d'appuis techniques du service des ressources humaines » (Gros & Lefranc, 2019, p. 78).

Au regard des éléments, on peut supposer que mes doubles missions de correspondante handicap et d'assistante de service social et l'éclatement physique de l'équipe médico-sociale tendent à brouiller le message auprès de la communauté universitaire. Cela ne permettrait pas de repérer la complémentarité des acteurs. La dissociation des fonctions donnerait une meilleure visibilité de chacune de ces professions.

Ces changements envisagés et le souhait de poursuivre la collaboration avec le FIPHFP alors que l'obligation d'emploi de personnes handicapées dépasse les 6%, montrent l'engagement de l'établissement dans l'instauration d'une politique inclusive. On peut se demander si cette volonté de donner plus de visibilité aux acteurs internes favorisera l'accompagnement des personnes en situation de handicap et d'altération de santé et contribuera ainsi à leur maintien en emploi.

Dans cette première partie, nous avons posé les fondamentaux législatifs et réglementaires. Puis, nous avons étudié la façon dont ils s'inscrivent dans l'enseignement supérieur et en particulier au sein de l'université d'Évry. Nos axes de recherche procèdent également des éléments contextuels et des données recueillies. L'ensemble de ces constats, conjugués à l'éclairage apporté par la littérature sur la notion d'accompagnement, ont permis de poser la problématique qu'il convient de rappeler, avant de s'intéresser à notre méthodologie de recherche et aux résultats de notre étude :

Les modalités d'accompagnement des personnes en situation de handicap et les handicaps de situation sont insuffisantes. La méconnaissance des droits et des services ne permet pas aux personnes de faire des choix mesurés et adaptés pour la sécurisation de leurs parcours professionnels. Subsistent également des représentations sur le handicap et la maladie, lesquelles, conjuguées aux contraintes organisationnelles et budgétaires, ne facilitent pas le maintien en emploi des personnes en situation de handicap.

Partie 2 : L'enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes en situation de handicap dans le cadre du maintien en emploi

Chapitre 1 : La démarche méthodologique

La méthodologie de recherche repose sur une enquête qualitative qui s'est effectuée en deux temps, à savoir : un questionnaire « *flash* » auprès de l'ensemble de la communauté universitaire puis des entretiens individuels pour nourrir les résultats. Cette phase d'enquête s'est déroulée entre le mois de mai et le mois de juillet 2022.

1. Le questionnaire comme moyen de toucher l'ensemble de la communauté universitaire

Le choix de procéder à un premier recueil de données, en amont d'entretiens individuels, visait plusieurs objectifs :

- Le souci de la variété des métiers et des profils des personnels de l'université ;
- Toucher les personnels de l'enseignement et de la recherche qui constituent une minorité des personnels reconnus comme BOE et dont peu font connaître leur altération de santé ;
- Recenser le niveau général de connaissances et l'impact éventuel d'un handicap ou d'une altération de santé sur les activités professionnelles ;
- Proposer aux personnes de s'inscrire dans la phase d'entretiens individuels.

Afin d'obtenir un taux de réponses suffisamment important pour être représentatif et exploitable, la promesse de ce questionnaire affiché était sa durée courte (deux minutes) et ses cinq questions fermées suivies de questions sur leurs profils et d'une proposition de rencontre individuelle (annexe 3). Le questionnaire a été réalisé sur un logiciel d'enquête en ligne. Il a été envoyé par mail à l'ensemble des adresses professionnelles des personnels via la direction générale des services. Il a été laissé en ligne trois semaines, du 10 mai au 31 mai et a fait l'objet d'un rappel dans l'intervalle. Sur une population globale de 996 agents, 313 personnes ont répondu au questionnaire, soit 31,4%. Sur l'ensemble de la population, 19% des personnels qui ont répondu sont des BIATSS et 12,4% sont des EEC. Même si 44% des personnels BIATSS ont répondu, on compte tout de même 123 réponses d'EEC sur 556, ce qui représente 21,7% de cette catégorie de personnel. Le taux de réponses obtenues a dépassé les attendus, ce qui a permis d'établir des données

statistiques utiles à l'analyse d'enquête et de recueillir 45 accords d'entretiens (28 BIATSS et 17 EEC). La détermination de critères pour la phase d'entretiens a été nécessaire.

2. Les entretiens individuels : le choix de la représentativité de la population universitaire

Cette étape s'est déroulée entre juin et mi-juillet 2022. Dans un souci de mener une démarche d'enquête sociologique permettant d'apporter des éléments de compréhension et de réponses au sujet posé, nous avons souhaité nous entretenir avec deux types de population : les agents et des directeurs. Pour la première population, nous sommes partis du questionnaire. Pour établir le panel de personnels, les critères suivants ont été retenus :

- Les agents s'estimant impactés dans leurs activités professionnelles en raison d'un handicap ou d'une altération de santé ;
- Les agents qui ont donné leurs coordonnées ;
- La représentativité des catégories (BIATSS/EEC) et des composantes /directions/UFR ;
- La représentativité des sites géographiques (entre bâtiments centraux et bâtiments éloignés).

Une proposition directe auprès d'un agent en congé de longue maladie a été faite pour les besoins de l'enquête.

En souhaitant une variété de la population, il a fallu tenir compte de différentes contraintes :

- L'impossibilité d'avoir une parité femmes / hommes
- La contrainte temps liée à la fin d'année universitaire pour des EEC qui n'auront pas pu être auditionnés

En ce qui concerne les cadres, le choix s'est fait en essayant de tenir compte des mêmes soucis de variété, avec à la fois la contrainte temps et le souhait de ne pas mener autant d'entretiens que notre population cible. La constitution de notre groupe de cadres s'est faite soit par demande directe, soit par l'intermédiaire d'une demande par courriel.

Ainsi, l'objectif de cette approche fondée sur le modèle systémique, repose sur « un diagnostic sociologique des contraintes de la vie au travail, un diagnostic des systèmes d'acteurs et enfin un diagnostic des cultures organisationnelles » (Hinault et al., 2019, p. 177) Cette démarche m'est apparue en effet, la plus riche et la plus adaptée au regard de mon contexte professionnel.

Au total, nous aurons pu rencontrer quinze agents dont sept BIATSS et trois EEC ainsi que cinq cadres. Il y aura eu des regards croisés du fait de doubles fonctions pour certains. Cependant, ils auront été comptabilisés dans une seule catégorie de population.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs qui laissent une liberté d'expression et permettent d'approfondir certains sujets abordés par les personnes. Nous avons pour cela élaboré deux grilles d'entretiens (annexes 4 et 5). La première, destinée aux agents comprend dix thèmes qui permettaient d'aborder de manière progressive leur parcours de santé, leur contexte de travail et leurs éventuels projets professionnels, leurs connaissances générales sur le handicap puis les modalités d'accompagnement et pour terminer, leurs attentes et leurs suggestions sur les modalités d'accompagnement et de sensibilisation. La seconde grille d'entretien, destinée aux cadres, a été composée de sept thèmes autour de la présentation du service ou de la direction, puis sur les connaissances du handicap, la gestion du collectif de travail avec un ou des agents en situation de handicap, les dispositifs d'accompagnement et enfin la sensibilisation. Pour clore, chacune des grilles d'entretiens comportait une question autour de la politique inclusive de l'établissement.

Les entretiens ont duré une heure trente en moyenne. Ils se sont majoritairement passés dans un bureau isolé phoniquement. Trois entretiens se sont déroulés par téléphone et un dans le bureau de l'interviewé.

Numéro	Renommé	Sexe	âge	Ancienneté	BIATSS/EEC	Catégorie	statut	RQTH
1	Madame A	Femme	26-40 ans	plus de 5	BIATSS	C	Fonctionnaire	en cours
2	Madame B	Femme	plus de 55	plus de 5	BIATSS	C	Fonctionnaire	en cours
3	Madame C	Femme	41-55 ans	moins de 3	BIATSS	B	Contractuel	O
4	Monsieur D	Homme	41-55 ans	3 à 5 ans	BIATSS	A	Fonctionnaire	O
5	Madame E	Femme	26-40 ans	moins de 3	EEC	A	Contractuel	O
6	Madame F	Femme	41-55 ans	plus de 5	BIATSS	A	Contractuel	N
7	Madame G	Femme	plus de 55	plus de 5	BIATSS	C	Fonctionnaire	O
8	Madame H	Femme	41-55 ans	plus de 5	BIATSS	B	Fonctionnaire	O
9	Monsieur I	Homme	41-55 ans	plus de 5	EEC	A	Fonctionnaire	O
10	Monsieur J	Homme	26-40 ans	plus de 5	EEC	A	Fonctionnaire	N

Tableau 3 Entretiens avec les agents ayant un handicap reconnu administrativement ou pas ou ayant une fragilité de santé

Les types de handicap sont décorrélés des données individuelles pour préserver l'anonymat. Ces données sont purement factuelles et ne feront l'objet d'aucune analyse dans la mesure où cela n'est pas le cœur du sujet du mémoire qui s'intéresse aux conséquences et à leur prise en compte dans les trajectoires professionnelles des personnes. Ces données le sont donc à pure titre indicatif.

Type de handicap	
Auditif	2
Moteur	2
Psychique	2
Maladie invalidante	4

Tableau 4 Type de handicap des agents rencontrés

Trois hommes et cinq cadres ont participé à l'étude.

Numéro	Sexe	Renommé
1	M	Monsieur K
2	F	Madame L
3	F	Madame M
4	M	Monsieur N
5	M	Monsieur O

Tableau 5 Entretiens avec les directeurs ou directeurs adjoints d'UFR ou de pôles administratifs ou de services communs, responsables administratifs et financiers

Un.e directeur(ice) adjoint.e d'UFR est également EEC. Pour préserver son anonymat, nous nommerons cette personne Madame/Monsieur X dans le cadre de cette deuxième fonction. Nous n'avons pas souhaité préciser si des managers sont eux-mêmes en situation de handicap pour préserver l'anonymat avec les regards croisés dans le cadre de doubles fonctions.

Par simplification, nous nommerons cette catégorie de population « managers ». Enfin, toutes les citations reprises seront mises avec le pronom personnel « vous » par souci d'homogénéité que le cadre de l'enquête sociologique exige.

Chapitre 2 : Hétérogénéité des parcours individuels et (bien)veillance managériale

Nous allons présenter l'analyse des résultats sur les trois niveaux : individuel, managérial et institutionnel. La discussion des résultats de l'enquête nous permettra d'établir des préconisations.

1. L'expérience du handicap et volonté de se maintenir en emploi

1.1 L'épreuve sociale du handicap

Les agents rencontrés ont un handicap acquis en cours de vie ou s'estiment en situation de handicap. Afin de comprendre leurs besoins passés ou actuels, il nous a semblé pertinent de comprendre leur parcours de santé et de voir l'éventuel impact dans leur parcours professionnel.

L'ensemble des personnes évoque ce que Simone Korff-Sausse nomme le « choc traumatique » (Korff Sausse, 1996, p. 36), comme Madame A qui explique : « *Ce fut une découverte, une mauvaise découverte mais une découverte ! Au début c'était difficile de l'admettre j'avoue parce que je ne m'en apercevais pas spécialement et maintenant que je*

Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

le sais, ça m'énerve ! ». Face à cet « invité indésirable » (Korff Sausse, 2020, p. 13), certaines personnes touchées par une maladie grave font état d'une illusion de guérir. C'est notamment le cas de Madame C qui livre : « *Je pensais réellement récupérer beaucoup plus vite. Les traitements qui m'étaient proposés devaient normalement être temporaires et ont été prolongés.* ». Cela illustre la temporalité nécessaire pour accepter sa maladie et son handicap. C'est une acceptation difficile dans la mesure où « ce deuil [est] quasiment impossible tant le remaniement qu'implique le handicap acquis est massif et brutal » (Korff Sausse, *op. cit.*, p 19) Cela permet de comprendre le fait de voir d'abord la maladie avec sa possible réversibilité plutôt que le handicap qui s'inscrit dans un non-retour à la situation d'avant. Ce qu'explique Madame C : « *Je me suis dit que si mon état se dégradait un peu, à cause du traitement qui me donne des symptômes divers [...] c'est vraiment ça qui m'a fait dire [son prénom] tu es handicapée va falloir que tu l'acceptes... (souffle) alors qu'avant le mot handicapé... j'étais plus à me dire je suis malade je vais guérir.* ». Bien que réprimé, les personnes évoquent pourtant, les conséquences de leur handicap, comme Madame F : « *c'est vrai qu'assise trop longtemps quand ça me le fait, il y a des moments j'arrive plus. [...] Des fois je vais marcher mais la douleur persiste et signe.* ». Le handicap fait référence à ce qu'Henri-Jacques Stiker nomme « figure du Double » (Stiker, 2013, p. 280) qui rappelle la condition de précarité et de mortalité de chacun. L'expérience familiale joue également un rôle dans l'acceptation ou non, ce qu'explique Madame G : « *J'ai une famille qui avait déjà des cancers donc cela a toujours été un peu dans ma tête.* ». Cela lui permet de relativiser la gravité et de justifier son état de santé au regard de son âge (plus de 55 ans). Tout comme Madame F qui déclare : « *Je suis plus fatiguée qu'avant... y a le compte de l'âge.* ». De son côté Madame H (41-55 ans) ne s'estime pas en situation de handicap dans la mesure où selon elle, chacun a ses limites. Elle explique : « *Je ne me sens pas en situation de handicap. je considère qu'il y a des choses qui sont Interdites pour moi et qui peuvent être interdites aussi pour d'autres personnes qui n'ont pas de le problème de handicap.* ». Est-ce une stratégie d'évitement de sa condition de personne handicapée ou plutôt une vision centrée sur la condition humaine qui veut que chacun a ses propres limites ? A contrario, on voit bien qu'un handicap non compensé est générateur de souffrance, ce qu'explique Madame F (41-55 ans) : « *J'ai même envisagé la reconversion professionnelle parce que la douleur tout le temps, je n'en peux plus. [...] C'est moi qui vis dans le quotidien avec ça ! Cela me handicap dans mon quotidien.* » Monsieur I parle de son combat contre la maladie qui lui a laissé des séquelles. Bien que cela remonte à plusieurs années et qu'il semble très bien vivre avec et ne pas en souffrir dans son quotidien, les larmes lui viennent quand il raconte son parcours. Il s'en étonne. Cela montre la trace indélébile laissée par la survenue du handicap en cours de vie. Quant à Monsieur J se confie sur son problème de santé tout en s'interrogeant sur sa caractérisation de

handicap : « *Est-ce que j'ai une fragilité particulière ? Je ne sais pas trop ou alors est-ce que je suis juste quelqu'un de normal qui exerce dans des mauvaises conditions ou est-ce que j'ai une fragilité qui est amplifiée par des mauvaises conditions ?* » A travers sa question, il exprime sa souffrance. Cela confirme le côté multifactoriel et l'impact des conditions de travail sur la santé qui le maintiennent en situation de handicap.

D'une manière générale, on voit bien qu'il y a comme un parcours initiatique qui permet d'accepter « la nouvelle image de soi » après les étapes qui constituent le processus de deuil et de résilience.⁵⁴

Lorsque le handicap survient en cours de vie, la personne peut être dans cet entre-deux qui rend difficile de retrouver une place sociale. Ce que Murphy a nommé la liminalité, appelé aussi situation de seuil. Madame A illustre ce propos : « *Mes enfants... je ne sais pas s'ils arrivent à réaliser parce que ça ne se voit pas. Mon mari le sait mais il ne l'accepte pas trop.* » Elle ajoute : « *Si je n'avais pas eu ma belle-mère j'aurais vraiment eu le sentiment d'être seule, d'être exclue, d'être différente, d'être perçue bizarrement, différente des autres.* ». Pour d'autres, le soutien familial constitue un soutien indispensable qui permet de pouvoir travailler, à l'image de Madame C : « *Si je devais tout faire toute seule, je ne pourrais pas.* »

Le degré d'acceptation et l'environnement personnel a donc un impact sur le parcours d'acceptation. Un déni ou rejet est générateur de souffrance pour la personne qui vit un bouleversement, ou pour reprendre le terme de Berger et Luckmann, un « choc biographique ». Ce que Madame A exprime : « *Les gens ne se mettent pas à notre place et ne comprennent pas la situation. C'est ça le plus dur en fait, que les gens ne réalisent pas le problème que cela peut engendrer au quotidien.* » Rendre visible son handicap invisible paraît alors une nécessité : « *Je me dis que quand ils vont me voir avec l'appareil [auditif], ça va être réel. Et là ils réagiront peut-être différemment.* »

Dans le cadre du travail, les personnes font preuve d'une volonté de dépassement de soi, en présupposant de leur force. En particulier les agents touchés par une maladie grave, comme Madame C qui indique : « *J'allais être guérie et j'allais y aller. Et puis je le voyais du terme de l'effort. J'allais faire des efforts j'allais m'organiser. Mon problème de mémoire j'allais avoir des stratégies* ». De son côté Monsieur I explique : « *Je me suis forcé à reprendre.* » Quant à Madame G fait part de son sentiment d'être incomprise : « *Je pense, je suis pas flemmarde, je suis toujours présente, je fais toujours leur boulot plus qu'à 100*

⁵⁴ Guy Tisserant reprend le schéma Lamers en page 150 dans son livre *Le handicap en entreprise : contrainte ou opportunité ? Vers un management équitable de la singularité* pour illustrer le processus temporel propre à chacun pour accepter sa situation et effectuer sa déclaration auprès de son employeur.

%. Je pense qu'il [son responsable] devait savoir que je ne me suis pas arrêtée pour glander. » Elle ajoute que « Lui [son responsable] je sais qu'il n'a pas compris [...] Il ne m'a pas demandé ce qui m'arrivait ». Est-ce de l'incompréhension ou le défaut d'éléments permettant de comprendre les besoins de son agent ? Car par ailleurs Madame G déclare : « j'ai pas besoin que les gens s'apitoient sur mon sort, c'est pour ça que je n'ai pas dit ce que j'avais. » Pourtant cette dame évoque l'annonce traumatique de la maladie. Si elle attendait plus de compassion, on peut se demander si le fait de ne pas vouloir montrer sa vulnérabilité n'aurait pas été contre-productif ? Car « le caractère invisible de certaines maladies chroniques induit un jugement moral, la réalité même de la maladie pouvant être questionnée et mise en doute par les collègues et la hiérarchie » (Joyeau & Moisdon-Chataigner, 2022b, p. 27). On peut s'interroger sur la non-volonté de dévoiler son handicap qui reviendrait à montrer sa fragilité. Cela met en exergue le paradoxe pointé par Anne Joyeau et Sylvie Moisdon-Chataigner : « tout en avouant des attentes dans le domaine des situations personnelles handicapantes, les salariés affirment aussi simultanément la nécessité de respecter la frontière vie privée/vie professionnelle et admettent ne pas souhaiter dévoiler des éléments d'ordre privé dans le cadre professionnel » (Joyeau & Moisdon-Chataigner, 2022c, p. 45). Révéler son handicap à son employeur le rend visible, surtout si celui-ci est invisible. Comme le souligne Henri-Jacques Stiker, « les handicapés, même quand ils ne portent pas de stigmates voyants, sont perçus comme outsiders parce qu'ils déplaisent, parce qu'ils menacent l'image que nous avons de notre bonne identité de possesseurs de nos moyens, de travailleurs rentables et utiles » (Stiker, 2013, p. 260). Cela peut rendre difficile de parler de son handicap, ce que Madame C souligne : « C'est déjà trop compliqué d'être handicapé, si en plus on accepte d'en parler et qu'en face on sent de l'incompréhension, de la résistance, alors là... ». Madame A pointe également le fait que le handicap invisible est plus difficile : « Je pense que quand cela ne se voit pas, les gens pensent qu'il n'y en a pas. Donc s'il n'y en a pas, il n'y a pas de problème. » La situation est encore différente pour les EEC pour lesquels il y aurait un enjeu de carrière professionnelle. C'est l'avis de Monsieur I qui explique : « À mon avis, les enseignants chercheurs ne veulent pas forcément que ça se sache. [...] Ils ont peur que ça entache leur image et que ça puisse avoir un impact. » Il explique que cette raison illustre les stéréotypes liés au handicap : « Ça veut dire que le handicap n'est pas encore bien intégré puisque ça peut-être encore un frein pour certains. ». De son côté Monsieur/Madame X démontre que le handicap est loin d'être une préoccupation première : « Je pense que la maladie déjà n'est pas comprise. Le handicap je n'en sais rien, je n'ai pas été confronté.e. »

Quelles que soient les raisons qui freinent à parler de son handicap, cela amène parfois les personnes à dissimuler et à surinvestir le travail, quitte à aggraver leur situation de santé. Il y a donc bien nécessité de « libérer la parole », terme récurrent chez l'ancienne secrétaire

d'État en charge des personnes handicapées, Sophie Cluzel. Cependant, « la démarche de dévoilement » (*disclosure*) [...] peut donner lieu à une stigmatisation et à des discriminations, d'autant plus que les symptômes, leur rythme et leurs effets sur la capacité de travail sont souvent mal compris des collègues et supérieurs hiérarchiques » (Revillard, 2019, p. 87) Dans la mesure où leurs variations dans le temps ne les rend pas forcément fiable et peuvent également nécessiter une modularité des aménagements, cela rendrait plus difficile le maintien en emploi quand le handicap impacte l'organisation du travail.

Ces bouleversements personnels mettent aussi en relief la nécessité pour les managers d'apprendre à parler du handicap pour éviter des problèmes managériaux et adapter l'organisation du travail. Car « c'est la peur de l'intrusion et la volonté de ne pas s'immiscer dans la vie des salariés qui peut expliquer leurs réticences à s'engager sur ce terrain « sensible » (Joyeau & Moisdon-Chataigner, 2022c, p. 44).

On retrouve la dimension temporelle propre à chacun dans la décision de se décider à faire reconnaître administrativement son handicap. Autant Madame A est pressée et voit cette reconnaissance comme un plus dans sa vie professionnelle : « *J'attends impatientement la réponse de la MDPH. J'ai envie qu'on reconnaisse que j'ai un handicap. Parce que c'est quand même important de se dire que ce n'est pas volontaire ce qui m'arrive. J'ai envie qu'on réalise vraiment.* ». C'est le cas de Madame B qui soulève que « *c'est une démarche qui n'est pas facile hein déjà il faut se mettre dans la tête qu'on fait une démarche MDPH c'est pas évident. J'avoue que j'ai été un peu perturbée par ça. J'ai dû réfléchir avant de la faire.* » Pour Madame C, être malade était déjà une étape : « *Il m'a fallu un sacré long moment pour l'accepter. Je ne me sentais pas du tout handicapée donc je n'ai pas fait la reconnaissance au départ car ça ne me concernait pas. En fait si.* » Parfois, cela peut prendre des années, à l'image de Monsieur D : « *Maintenant je l'accepte ça m'a pris du temps c'est pas si évident, c'est long...je pense que ça m'a bien pris une dizaine d'années peut-être.* » Pour Madame E, cette reconnaissance a été motivée par son utilité sociale, afin de pouvoir postuler à un contrat doctoral. Cette « excuse » permettait alors de contrer les freins familiaux : « *c'est ma mère qui était persuadée que si on a une reconnaissance de handicap, ça risque de poser des problèmes pour trouver du travail.* »

Une fois cette étape franchie, la RQTH constitue la preuve irréfutable comme le souligne Madame C : « *C'est plus facile quand on a une RQTH parce que c'est comme si c'était écrit officiellement.* » Cette reconnaissance administrative devient alors le justificatif à brandir en cas d'absolue nécessité pour faire valoir des droits. Ce qu'ajoute Madame C lorsqu'elle évoque que : « *c'est la carte à jouer si à un moment donné je n'en peux plus* ».

Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

La reconnaissance administrative peut être décrite dans la mesure où elle oblige les agents à se déclarer pour obtenir le financement par le FIPHFP de l'aménagement raisonnable (au sens matériel). On peut malgré tout se demander si cette démarche ne s'inscrit pas dans un processus psychologique d'acceptation de cette perte de « normalité ». On sait qu'il y a tout un cheminement pour accepter ce changement qui s'opère, ce soi nouveau qui n'est plus le soi d'avant. Comme le souligne Guy Tisserand, « la capacité d'une personne à entamer une démarche de reconnaissance de handicap dépendra [...] de sa position personnelle à l'instant T, certaines périodes étant plus propices que d'autres, et de la confiance qu'elle a dans son entreprise et son collectif de travail » (Tisserand, 2012, p. 152).

Cette appréhension de dévoiler son handicap trouve aussi une explication au regard des ruptures professionnelles passées : trois agents évoquent les difficultés rencontrées dans leurs emplois précédents. Entre incompréhension, aménagements non proposés, ces échecs ont laissé des stigmates. Comme l'a soulevé Madame C : « *Les gens me traitaient comme si je n'étais pas comme eux.* » Après un arrêt long pour raison de santé elle s'est sentie obligée de reprendre à temps plein, ce qui l'a poussé vers la désinsertion professionnelle. Avec le recul elle affirme aujourd'hui : « *ils voulaient quelqu'un de performant [...] je n'ai même pas envisagé de rester.* » Cet échec lui a permis de cheminer vers l'acceptation de son handicap. Mais si elle affirme « *c'est moi qui aie mis beaucoup de temps à accepter la situation* », cela pointe le défaut d'accompagnement pour lui permettre de rebondir. Ce qui a également été le cas de Monsieur D : « *J'ai vécu des situations de ruptures professionnelles qui sont en partie liées à mon handicap.* »

En évoquant les handicaps invisibles, Emmanuelle Fillion évoque « un processus social » qui aurait deux conséquences majeures : la difficulté de bénéficier d'une reconnaissance administrative et de la compensation du handicap, ne permettant pas une prise en compte de leur situation de handicap par l'entreprise, ce qui peut générer des phénomènes de sur-adaptation pouvant aggraver leur état de santé ; l'incompréhension du milieu professionnel qui aurait tendance à pointer plus un problème de comportement individuel. En revanche, on perçoit que ces échecs ont également permis d'affirmer le pouvoir d'agir des personnes sur leur trajectoire professionnelle. Ce qui est le cas de Monsieur D lorsqu'il évoque : « *J'avais effectivement envie de vivre autrement ma vie professionnelle et l'équilibre entre le perso et le pro.* ». Au fil des années, il a appris à composer avec ses limites : « *ce que m'a pris le cette maladie, les périodes d'arrêts en lien avec le handicap, c'est peut-être de prendre conscience de faire un peu plus attention à moi peut-être. Je peux avoir une fragilité face à des environnements stressants trop longtemps.* »

Ces expériences ont alors incité les agents rencontrés à mettre des stratégies en place pour trouver un équilibre vie professionnelle et vie personnelle. Ils ont expliqué avoir fait le choix d'une proximité entre lieu de vie et lieu de travail qui facilite le quotidien et génère moins de stress et de fatigue. Ainsi, Madame A explique : *« J'ai acheté du coup et j'ai demandé ma mutation ici à l'université d'Évry. Je faisais deux heures de transport par jour. »* Madame C détaille ses critères qui ont guidé sa recherche : *« j'ai filtré en prenant que les emplois à Evry. Il fallait que j'y aille à pied obligatoirement et que je finisse tôt obligatoirement, c'est-à-dire terminer à 17 heures parce qu'après je suis fatiguée. Je cherchais un emploi ou je ne bouge pas trop de mon bureau »* Ces situations viennent illustrer le propos d'Alain Blanc qui explique que *« les personnes handicapées [...] sont en situation de désavantage. Il ne leur reste qu'une mobilité de proximité au sein d'un bassin d'emploi, réduisant d'autant leur choix »* (Blanc, 2006). Madame H évoque quant à elle cette chance de pouvoir établir son emploi du temps : *« Quand je suis arrivée on m'a demandé quels horaires je voulais faire ? Donc j'ai trouvé ça extraordinaire parce que c'était la première fois qu'on me demandait ça. »*

La situation est plus compliquée pour Madame E, doctorante, qui explique les conditions inadaptées des contrats doctoraux : *« je travaille plus lentement surtout depuis que je suis à plein temps. Avant, j'étais pas vraiment à mi-temps parce que je partais à 15h mais cela me permettait de me reposer. »*. Cette situation ne lui permet pas de respecter les temps de travail et apporte des limites sur l'ensemble de sa sphère personnelle. En effet, Madame E explique : *« Du coup quand je rentre chez moi, je vais tout de suite me coucher parce que je suis crevée, je ne peux rien faire d'autre. Je ne peux pas faire de sport ou quoi que ce soit. Je trouve ça ridicule leur système qui impose du travail à plein temps alors qu'avec tous les traitements que je prends... »*. Pour éviter cette limitation de participation à la vie sociale, ne pourrait-il pas y avoir des contrats doctoraux permettant d'avoir des horaires de travail adaptés, qui tiendraient compte des capacités des personnes ? Car *« leurs lenteurs relatives et leurs rythmes particuliers les décalent des rythmes sociaux collectivement construit sans elles : leur temps est celui de l'isolement et des sociabilités entre pairs, du retrait et des involutions »* (Blanc, 2015, p. 125). De plus, s'ils sont soumis au droit du travail, ces contrats doctoraux ont une durée dans le temps qui les placent malgré tout à part.

Par ailleurs, malgré une organisation très réfléchie, le défaut d'accessibilité des transports constitue aussi une difficulté qu'il faut affronter au quotidien, à l'image de Madame E : *« Le Bras de fer [nom d'une station de RER] n'est pas accessible PMR et le bus c'est une catastrophe à Evry. »* A ce problème s'ajoute celui de l'accès au logement au motif que *« les propriétaires ne veulent pas louer parce qu'ils ont peur qu'après je leur demande de*

faire des travaux et qu'ils ne puissent pas dire non. ». Comment concilier travail de recherche et vie sociale avec toutes ces restrictions de participation sociale ? Avec en fond la discrimination vécue au quotidien !

Dans l'ouvrage « travail et santé », Thomas Barnay et Florence Jusot font référence à la notion de « capital santé » de Grossman fondée sur une étude économique estimant que « les individus disposent d'un stock de capital humain, constitué d'un ensemble de connaissances et d'expériences, provenant de leurs dons personnels innés et de leur formation. Leur stock de capital immatériel peut s'accumuler ou s'user » (Barnay & Jusot, 2018, p. 12). Ce postulat permet de comprendre, la non linéarité de la santé dans le temps et ses conséquences dans la vie personnelle et professionnelle. Nous avons vu que la temporalité est un facteur déterminant dans le cadre du maintien emploi selon que dans le parcours de vie la personne connaisse des périodes d'hospitalisation et de rééducation et une reprise sur une modalité adaptée de type temps partiel thérapeutique. Quoiqu'il en soit, l'agent qui vit un bouleversement de santé est forcément éloigné psychologiquement et socialement du travail. L'agent qui reprend est profondément modifié et sa reprise nécessite un temps de réadaptation au travail. De manière générale, « les personnes concernées aspirent à vivre de leur travail et non pas à survivre de leur handicap » (Chossy, 2011, p. 54).

Cette résilience s'exerce aussi sous réserve que l'employeur soit dans une posture d'ouverture à l'autre. Cette attitude permet de coconstruire les aménagements raisonnables pour l'individu et le collectif de travail. Mais avant cela, encore faut-il que les agents soient au fait des possibilités qui s'offrent à eux.

1.2 Entre (non) connaissance et non recours aux droits

La législation prévoit des dispositifs de compensation du handicap tant dans la sphère personnelle que professionnelle. Cependant, les retours des agents révèlent un niveau de connaissance assez hétérogène. A commencer par une vision très personnelle du handicap sans savoir que l'employeur a une responsabilité à l'égard de ses employés. C'est le cas de Madame A qui explique : « *jusqu'à maintenant pour moi l'employeur n'avait pas à intervenir dans la vie privée entre guillemets d'un agent ou d'une personne. Donc pour moi, mon problème, mon handicap, était personnel.* ». La prise de conscience des mesures à la charge de l'employeur permettant de répondre aux besoins des agents apparaît ainsi comme une bonne surprise. Ainsi, Madame A précise : « *lorsque vous m'avez dit que l'établissement pouvait m'aider à payer mon appareil j'ai fondu en larmes parce que pour moi 800 €, c'est peut-être pas grand-chose, mais c'est énorme pour mon foyer.* » Les prises en charge financières pour des prothèses personnelles constituent une aide non

négligeable pour les foyers modestes et participe au bien-être au travail. Par ailleurs, plusieurs agents reconnaissent aisément ne rien connaître à part l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés et que c'est le fait d'être confronté au handicap qui fait que l'on s'y intéresse. C'est l'avis de Madame B qui explique : « *je ne me suis pas trop intéressée à ça avant d'être dans ma situation.* » Ce que confirme Madame F : « *Disons clairement les choses, il faut qu'on soit confronté au fait pour s'y intéresser un peu plus. On fonctionne tous comme ça.* » Madame C y voit quant à elle, une façon de s'apitoyer sur son sort et refuse d'accorder plus d'intérêt : « *même en ayant ma reconnaissance je me dis ne regarde pas, ne t'y intéresse pas plus que ça.* »

Les démarches administratives sont de fait souvent perçues comme complexes. Madame A illustre ce propos : « *pour moi c'était du chinois. Je n'aurais jamais pu remplir ça toute seule. Ça c'est sûr.* » Ce que confirme Madame G : « *J'étais perdue... il faudrait savoir ce que la personne a droit pour être soulagée par rapport à son handicap* ». Le dossier paraît également complexe pour les EEC, à l'image de Monsieur/Madame X qui explique : « *Ça n'a pas l'air si simple. Il faut des tonnes de certificats médicaux.[...] J'ai vu la tête du dossier MDPH.... Y a personne pour nous guider.* » Pour résumer, à part pour Madame E qui estime que « *ce n'est pas compliqué.* » la démarche paraît fastidieuse et décourageante. Pointer par ailleurs le défaut d'accompagnement possible reflète la non-visibilité des acteurs. On peut toutefois s'interroger sur le sentiment des EEC à montrer leur vulnérabilité qui les pousseraient à rejeter d'office cette démarche. Sachant que le non-recours s'explique en partie, selon Anne Revillard qui reprend l'analyse de Philippe Warin, par l'entachement symbolique lié à une logique d'assistance au lieu d'une logique de compensation (Revillard, 2020, p. 122).

Pour d'autres, la complexité est mise en avant, comme Madame A : « *tant que ce n'est pas reconnu, que le dossier n'est pas fait, on a l'impression que ça va jamais finir. Un moment il y a des gens qui peuvent lâcher prise et se dire je laisse tomber et puis tant pis.* » Madame/Monsieur X est plus catégorique : « *personne ne va s'investir en temps et en énergie pour faire le dossier. Personne !* » Cet EEC met également en avant que « *dans la vraie vie, il y a le coût en sous, le coût en temps et le coût en énergie* » qui justifierait selon lui que les personnes « *préfèrent payer et régler le problème* », en faisant notamment référence aux appareillages auditifs. Cette habitude d'auto-organisation se retrouve dans le quotidien de travail des EEC. Madame/Monsieur X explique : « *les gens aménagent eux-mêmes leurs horaires. C'est le temps de recherche qui solde.* » Cette situation n'est pas pour autant satisfaisante dans la mesure où, « *dans la recherche il n'y a pas d'obligation de résultat. On ne sait jamais si on va trouver quelque chose. Donc les gens ne trouvent*

rien, ne publient rien. Personne ne sait si c'est parce qu'ils sont malades ou parce que cela n'a pas marché. » Cet état de fait est également partagé par d'autres. Cela amène à s'interroger sur les signaux qui pourraient être mis en place pour les enseignants-chercheurs. Car on peut supposer que même en cas de reprise des visites médicales obligatoires, ils peuvent passer sous les radars pendant des mois voire des années. Cela suppose aussi de communiquer sur la visibilité des acteurs.

Evoquer les droits c'est également faire référence aux dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle issus de la loi de transformation de la fonction publique de 2019. Madame H (BIATSS, 41-55 ans) estime *« qu'il n'y a pas de limite d'âge limite pour changer. »* et explique être ouverte à tout dispositif de maintien en emploi : *« Je ne suis fermée à rien en fait. »* Cependant elle émet des réserves et une inquiétude sur le dispositif de période de préparation au reclassement : *« Si au bout d'un an je ne suis pas reclassée... quand je vois la rapidité avec laquelle les choses bougent à l'université, je me dis qu'un an c'est super vite passé et ça me paraît dangereux. »* Cela montre l'important de bien structurer les modalités d'accompagnement dans le cadre de ce dispositif avec le service formation des ressources humaines et les partenaires extérieurs. Cela demande également de créer un réseau de référents handicap des trois versants de la fonction publique et des entreprises du secteur privé d'au moins 250 salariés,⁵⁵ sur notre bassin d'emploi.

Si certains méconnaissent leurs droits ou ne les font pas valoir, d'autres estiment qu'il y a un juste équilibre à trouver, en lien avec le collectif de travail. C'est le cas notamment de Madame C qui adapte son aménagement du travail comportant du télétravail pour être présente aux réunions hebdomadaires : *« Il y a la pratique du droit mais dans la réalité c'est aussi difficile de venir et dire moi je suis trop fatiguée le [jour] alors que tout le monde est là le [jour] puisque c'est la réunion de service. Je dis pas ben tiens j'y vais pas en fait. Je pense qu'il y a une adaptation des deux côtés. »*

Afin de mesurer le degré de connaissances des mesures appropriées, il est apparu pertinent de demander aux agents leur définition. Madame B donne une définition très large : *« C'est quelqu'un qui travaille dans des conditions plus appropriées selon son handicap. »* Madame C perçoit quant à elle de manière plus complexe l'organisation du travail : *« essayer de pallier aux difficultés par rapport à une personne qui n'aurait pas de handicap. Donc aménagements physiques comme un bureau spécifique une chaise. Après*

⁵⁵ La loi du 5 septembre 2018 "pour la liberté de choisir son avenir professionnel prévoit la désignation d'un référent handicap au sein de toute entreprise employant au moins 250 salariés, qui est « chargé d'orienter, d'informer et d'accompagner les personnes en situation de handicap » (article L5213-6-1 du Code du travail).
Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de

je le vois pour avoir un aménagement pour le télétravail ou le temps du travail quand c'est possible mais ça a l'air plus complexe » Monsieur D a une vision assez précise qui touche toutes les dimensions du travail : *« ça peut être large ça peut aussi bien être ménagement physique du poste, de manière ergonomique. ça peut être de l'écran par exemple, ça peut être un aménagement en termes d'horaire... Ça peut être aussi un aménagement des fonctions, des missions. Quand il y a par exemple des pathologies un peu particulières avec la gestion du stress... donc ça peut toucher des dimensions très larges. »*. Cet agent est celui qui a le plus de connaissances du handicap. Cette situation s'explique au regard de ses expériences professionnelles passées qui nécessitaient des notions.

Les parcours individuels conditionnent le recours aux droits. Cependant, on voit bien qu'il n'est pas aisé de mesurer l'intérêt d'informer sur ses limitations et ses besoins d'aménagement. On peut supposer que législation française imposant une reconnaissance administrative pour ouvrir certains droits, vient brouiller la position défendue par la CIDPH qui n'émet pas cette condition. L'importance du repérage des acteurs de l'accompagnement apparaît ainsi primordiale dans le parcours des PSH.

1.3 Une vision floue des acteurs de l'accompagnement

Les entretiens ont permis de constater des visions diverses des acteurs de l'accompagnement. Pour certains, l'assistante sociale est la première personne à être sollicitée, sur conseil de l'entourage. C'est le cas de Madame A qui évoque : *« ma belle-mère m'a dit va voir l'assistante sociale, elle pourra t'aider à faire tes démarches, t'aider à savoir ce que tu peux avoir ou non »* Elle reconnaît que si elle n'avait pas été orientée par son entourage, elle n'aurait pas su vers qui se tourner. C'est également le cas de Madame B qui a effectué sa demande de RQTH avec l'assistante sociale à l'occasion d'une hospitalisation. On peut d'ailleurs s'interroger sur le défaut de lien entre professionnelles qui marque une scission entre le domaine personnelle et l'environnement de travail. Comme si le handicap n'était pris en compte que dans la dimension de la sphère intime, personnelle. Car aucun lien avec l'employeur n'a été fait pour évoquer sa reprise d'emploi et ses besoins. Pour d'autres agents, la fonction de CH est supposée partagée avec la gestionnaire administrative qui apporte son soutien pour les commandes et suivi d'aménagement des environnements de travail. C'est le cas de Monsieur I : *« Pour l'instant, mes interlocuteurs c'est [prénom gestionnaire] et vous. A chaque fois, c'est bien géré, c'est limpide. »* Madame C voit la correspondante handicap comme *« la personne la plus à même de faire le suivi de la personne... et après je pense que ça demande du temps de suivre parce que des fois on se rend pas compte qu'on est en train de couler. »* Elle voit une porosité entre le métier d'AS et de CH, tout comme Madame A qui explique : *« Pour*

moi c'est global. C'est un tout donc je ne distingue pas vraiment le handicap d'un côté et tout ce qui social de l'autre. Je mets tout ça ensemble dans le sens où on a une aide qui nous est apportée. » Madame C souligne qu'« après avoir commencé à se confier à une personne ça peut être compliqué d'aller se confier à plusieurs personnes. » L'écoute semble ainsi importante pour Madame C qui ajoute : « Si j'ai un besoin de parler de difficultés [...] si j'ai un problème plus large dans mon poste, je peux venir vous voir ! » Cependant autant cette compétence est reconnue dans les savoir-faire du métier d'assistante sociale, autant elle ne paraît pas d'emblée pour la fonction de CH. Sauf pour Madame E ainsi que Monsieur D qui voient une distinction très claire entre les deux missions. Selon lui, « en tant que correspondante handicap le but est vraiment d'être en relation avec les équipes, les managers, la DRH, les personnes qui s'occupent plus du volet professionnel. » Mais globalement, ce qui prime pour les agents, c'est d'avoir une personne ressource. C'est le cas de Madame A : « pour moi voir une personne qui pourra déjà me renseigner correctement, allez voir la bonne personne qui pourra aider dans la problématique, savoir toutes les démarches, avoir les bons renseignements. » De son côté Madame H souligne le fait qu'elle n'a qu'un seul interlocuteur : « C'est que vous ! Que vous ! Car mes mails à la RH restent sans réponse. Vous êtes la personne à qui j'envoie des mails dès que j'ai une question. »

Cette fonction se démarque du corps médical qui paraît peu aidant : Madame A : « L'infirmière et le médecin du travail... n'ayant jamais vraiment de contact avec eux je ne sais pas ce qu'ils m'apporteraient comme information ou aide. » Encore faut-il savoir ce qu'il en est du service médical. Comme le souligne Madame B : « Il y a même pas de médecin. En fait, je sais même pas si s'il y a du monde, là dans le service médical. Est-ce qu'il est ouvert, est-ce qu'il est fermé ? Je sais pas du tout en fait. On n'est pas au courant de grand-chose. ». Madame C est beaucoup plus critique à l'égard du médecin de prévention qu'elle avait rencontré : « c'est bien pour les gens qui voient pas leur médecin souvent pas comme moi qui passe des scans de la tête aux pieds à longueur de journée en fait. J'avais l'impression de faire un rendez-vous chez un médecin qui connaît rien du tout à ma vie alors que j'ai déjà vu 50 spécialistes à qui j'ai réexpliqué tout mon dossier. J'avais pas envie en fait. » Elle évoque une visite « très mécanique » avec des examens inutiles, « décalée » et « centrée médical et pas sur le travail ». Cette expérience illustre le besoin avant tout d'adapter les interventions, de se centrer sur les conséquences de la maladie ou du handicap et d'être attentif aux besoins des agents en termes d'environnement de travail. Entre le défaut de repérage des acteurs, de leurs fonctions, s'ajoute une confusion de fonction entre infirmière et gestionnaire RH ou encore entre infirmière et psychologue du service de santé au travail avec celles du service universitaire de médecine préventive et

de promotion de la santé⁵⁶. Ce que reconnaît Madame B : « *Je mélange un peu les deux en fait.* » De son côté Madame F éprouve deux sentiments contradictoires, entre satisfaction et incompréhension du défaut d'information. Ainsi, elle s'interroge : « *Qu'est-ce que ça recouvre, quelles sont les interlocuteurs ? Identifier les personnes, c'est très important ! Chacun a son rôle, ses missions mais qui, quels interlocuteurs ?* »

Des agents ne savent donc pas vers qui se tourner pour obtenir des aménagements de l'environnement de travail. Le réflexe est alors de se tourner vers la RH, comme Madame B : « *Je ne sais même pas qui s'occuperait tellement de ça franchement. J'aurais téléphoné à la DRH pour me renseigner parce que je sais même pas du tout s'il y a quelqu'un en particulier.* » Ce qui est assez surprenant puisqu'elle été accompagnée pour sa reprise à temps partiel thérapeutique avec des échanges avec sa hiérarchie. On peut donc supposer que la fonction de CH est nébuleuse et la notion d'aménagement vu sous l'aspect matériel. Plusieurs personnes ont fait part du sentiment de solitude et de difficulté lorsqu'il y a des préconisations médicales. C'est le cas de Madame C qui explique « *On remonte avec sa feuille voir son responsable. C'est difficile de se retrouver seule face à lui. J'aurais bien aimé que quelqu'un soit là.* » Il semble que ce constat soit malheureusement commun, comme le soulignent Karine Chassaing et Anne-Marie Waser : « Les salariés négocient souvent seuls, directement avec leur supérieur hiérarchique, les conditions de leur retour au travail » (Chassaing & Waser, 2010). La place de la CH à l'interface entre les agents et les managers est une de ses missions qui demande à être plus affirmée. Il est attendu qu'une réunion soit organisée pour permettre au manager de « relier et non relayer ». (Clot, 2010, p. 21) Madame C souligne : « *Peut-être que si on faisait une réunion dès le départ quand on a un handicap, et qu'on pouvait poser tout avec le responsable, qu'on parle vraiment de la situation globale : de l'aménagement du poste de travail, des horaires et de la loi ! car les responsables ne sont pas au courant de tout. [...] Si c'est fait par une tierce personne dont c'est la fonction, je pense que ça passe mieux, c'est plus facile.* » La CH est ainsi perçue comme un « régulateur » (terme utilisé par Madame C), celle qui va aussi pouvoir apporter une expertise et répondre aux questions de part et d'autre.

Si les acteurs ne sont pas clairement représentés, la majorité convient qu'une instance interne permettant un accompagnement global est nécessaire. Cela étant, là encore, étonnamment les avis sur l'existence ou non diverge. Au moment de l'enquête, il n'y a pas d'instance pluridisciplinaire. Pourtant certains agents subodorent que cela existe. Comme Madame B : « *je pense qu'il doit y avoir du monde au niveau de l'université mais je sais pas*

⁵⁶ Devenu service de santé des étudiants depuis le Décret n° 2023-178 du 13 mars 2023 relatif aux services universitaires et interuniversitaires de santé étudiante

qui exactement. Peut-être la psychologue, peut-être vous l'assistante sociale. Je sais pas. Quelqu'un au sein de la DRH mais je ne sais pas qui exactement ». Madame H est assez catégorique : « *d'aide au retour, il n'y en a pas. J'ai vu beaucoup de gens revenir et se réarrêter.* » Elle souligne la difficulté de reprendre à mi-temps thérapeutique sans soutien dans l'organisation du travail et la surcharge mentale pour se tenir informée à la fois des demandes élevées par mail et des projets en cours : « *C'est l'enfer ! Je me suis retrouvée avec je ne sais combien de mails... on me parlait de choses dont je n'étais absolument pas au courant... j'étais vraiment pas bien et ça a été très dur.* »

La pluridisciplinarité permettrait une prise en charge globale, telle que la voit Monsieur D : « *C'est une vision avec la dimension psychologique, la dimension médicale, la dimension professionnelle et pour ça il faut plusieurs personnes.* »

Mais si les agents ressentent le besoin d'être accompagnés sur le plan individuel, le besoin d'intervenir auprès du collectif de travail paraît tout aussi important à Madame E qui explique : « *C'est au sein de l'équipe parce qu'on sentait qu'il y avait beaucoup d'appréhension des autres en se disant que j'allais pas être capable de travailler correctement.* ». Cependant, elle trouve stigmatisant d'intervenir auprès de son équipe. Il serait peut-être plus judicieux d'envisager un dispositif analogue au dispositif d'intégration et de suivi individuel du handicap, à destination des doctorants. De même, il pourrait être intéressant d'établir ou de contribuer à une plaquette d'accueil à destination des doctorants qui semblent surtout connaître les dispositifs à destination des étudiants et les acteurs de santé étudiants.

Les agents expriment ce besoin d'accompagnement et d'anticipation lorsqu'il y a reprise après une absence longue pour raison de santé. Si le défaut de médecin du travail ne facilite pas l'organisation de visites de reprises, les attentes sur la mise en œuvre des aménagements du travail ne semblent pas liées à ce contexte de suivi médical « dégradé ». Les visites de pré-reprises semblent être déjà un moyen de recréer le lien, recenser les besoins et pouvoir organiser la reprise du travail. Cela faciliterait la réflexion en pluridisciplinarité, en association avec l'agent. Pour l'ensemble des PSH, la place et le rôle des acteurs méritent d'être clarifiés. La fonction de CH étant récente, il serait utile de rendre visible la circulaire de 2022 et la lettre de mission sur l'intranet. Une note à l'attention des managers permettrait aussi de mieux comprendre ses fonctions d'appui au management.

1.4 Des attentes envers les managers et l'institution

Les managers ont une place incontournable dans l'accompagnement de leurs collaborateurs. Monsieur D évoque à ce titre que « *parfois on ne sait pas soi-même* Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de

forcément de quoi on a besoin et comment on pourrait faire pour que ce soit optimale pour soi et pour l'équipe. » Il pointe tout de même que la relation de confiance est gage de réussite. Toutefois, certains handicaps, bien que connus par les collègues poussent à une surcompensation avec une limite qui met en difficulté la PSH. C'est le cas de Madame A (handicap auditif) lorsqu'elle évoque : *« Pour les réunions en visio, s'il y a un casque, pour moi ça va. Et s'il y a une seule personne qui parle. Quand il y en a plusieurs qui parlent, je ne suis plus. »* Le télétravail trouve sa limite et supposerait un guide de bonnes pratiques des réunions en mode hybride afin de les rendre accessibles à tous. La non-visibilité de certains handicaps nécessite pour certains de prendre sur soi, comme le dit Madame C : *« C'est difficile de démontrer que je suis fatiguée, dans le sens où je ne suis pas invalide. »* De son côté, Madame F explique : *« J'essaye toujours de composer dans le boulot, un moment donné j'en peux plus des douleurs, j'arrête ! »* Madame G exprime son besoin : *« si je vois que j'ai mal, si je peux au moins m'allonger un peu. »*

Des agents évoquent l'autonomie dans leur organisation de travail et leurs « stratégies de préservation de la santé » (Chassaing & Waser, 2010) qui leur permettent de composer avec leur état de santé, en particulier la fatigue chronique. C'est le cas de Madame C qui explique : *« j'essaie de ne pas mettre les tâches complexes le matin parce que c'est là où ma mémoire est le mieux. Donc tout ce qui demande de la concentration, de la mémoire, c'est mieux le matin. Au fil de la journée je mets les tâches qui demandent le moins de concentration et qui sollicitent le moins de mémoire. »* Cependant elle évoque la hausse à sa propre initiative de son temps de présence pour participer aux réunions alors qu'elle souligne que *« C'est fatigant d'être ici, il y a plein de bruits. »*

Ces différents retours nécessitent de s'interroger sur les adaptations à envisager sur le lieu de travail pour permettre aux PSH des temps de récupération. Pourquoi pas envisager un lieu calme par site ? Peut-être conviendrait-il également d'ancrer davantage dans les pratiques professionnelles, l'usage des réunions en mode hybride ainsi que de favoriser les temps de réunion d'équipe sur des moments qui conviennent à tous.

A l'inverse, certaines personnes qui ont un handicap visible éprouvent la stigmatisation, à l'image de Madame E : *« ça a été compliqué parce que je pense qu'ils se disaient que je n'allais pas être capable de travailler correctement donc au début je pouvais même pas rester dans une pièce de labo toute seule. Il fallait forcément qu'il y ait quelqu'un qui me surveille donc au début ça me gonflait hein c'est insupportable. »* A cette incompréhension et attitude inadaptée de l'équipe s'ajoute l'humiliation : *« y a quand même certaines pièces où je peux pas aller [...] alors maintenant je peux marcher un peu mais au début j'étais obligée de me transférer sur un tabouret et puis ensuite c'était mon codirecteur [de thèse] Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022*

qui poussait le tabouret ». Cet exemple illustre, selon Anne Revillard, que « les personnes valides tendent à projeter des stéréotypes sur leurs collègues handicapés, présumés courageux, gentils et réservés, moins capables et à aider ». Cependant, ajoute-t-elle : « une sollicitude excessive peut constituer un obstacle à l'intégration et à la progression professionnelle » (Revillard, 2019, p. 95). Cela interpelle sur les besoins d'aménagements adaptés et sur l'accompagnement pluridisciplinaire individuel mais aussi auprès du collectif de travail. D'autant que Madame E pointe le paradoxe des personnels d'un laboratoire de recherche sur les maladies rares qui « *voient ça plutôt comme des maladies, ils ne voient pas les personnes qu'il y a derrière. Pour eux, ce ne sont pas forcément des gens que l'on va retrouver dans le monde du travail.* »

Les personnes rencontrées évoquent aisément le besoin d'organisation du travail leur permettant de mieux conjuguer leur vie professionnelle avec leur handicap ou fragilité de santé. C'est le cas de Madame H qui évoque une organisation en flux tendue : « *les choses nous tombent dessus, au dernier moment alors qu'on aurait pu les anticiper largement avant. Les solutions existent, c'est pas compliqué quoi. [...] normalement l'urgence n'existe pas. C'est nous qui la créons en gérant mal.* » Le rythme du travail imposé n'est pas satisfaisant parce qu'il ne prend pas en compte les besoins individuels et selon les handicaps ou fragilité de santé, ne permet pas d'enregistrer des informations ni de prendre le temps d'approfondir. Madame A partage également cette vision du travail, source de stress :

« *Souvent on demande beaucoup tout de suite, on veut que ce soit réactif car avec tout ce qu'on a les mails, téléphone machin on veut que ce soit tout de suite. On ne laisse pas le temps aux gens de faire les choses. Moi je trouve que ça c'est stressant. Et en plus pour une personne qui a un handicap, ça engendre, je pense, du stress supplémentaire à cette personne. Sans qu'on s'en aperçoive. C'est sournois.* »

On est dans ce qu'Yves Clot nomme « la qualité empêchée » (Clot, 2010, p. 39) qui peut être génératrice de risques psychosociaux et peut mettre en échec la PSH. Madame G résume : « *Quand on est bien on travaille mieux quand on est mal c'est pas bien. Ceux qui sont en arrêt c'est ça. Je ne suis pas une adepte des arrêts mais je pense que les arrêts viennent de là.* »

De leur côté, les EEC évoquent également leurs conditions de travail qui impactent ou ont impacté, selon eux, leur état de santé. A l'image de Monsieur/Madame X : « *Les arrêts maladie ne sont pas respectés. On m'a harcelé.e parce qu'il n'y avait personne pour corriger les copies à temps pour les délibérations.* ». Monsieur J parle du sous-effectif : « *Il m'est arrivé de combler beaucoup de trous parce qu'il n'y avait personne.* » Il souligne l'impact sur le collectif de travail qui était inexistant : « *Avec les déplacements j'étais souvent à [nom du bâtiment] et je voyais peu mes collègues.* » Il parle aisément de l'auto-gestion des EEC

et de l'iniquité entre eux en termes de charge de travail : « *On n'est pas assez nombreux et il y a quelques personnes qui sont planquées. Ça génère des tensions.* » Il évoque sa charge de travail : « *je faisais les cours et l'administratif le matin et je faisais la recherche le soir entre 20 heures et minuit.* » Ce qui va dans le sens de Madame/Monsieur X qui explique : « *Je fais un mi-temps enseignement, mi-temps recherche et je fais un troisième mi-temps d'administratif* » Cela questionne sur la prise en compte des états de fragilités de santé des EEC et les aménagements raisonnables ? De même, selon Monsieur J, cela montre le défaut de cadrage des équipes : « *chacun se gère, c'est pas coordonné entre profs* ». Il tempère en évoquant : « *Dans un système sain, un enseignant qui a une maladie chronique devrait pouvoir avoir une décharge d'enseignement. Mais s'il n'y a pas assez d'enseignants, cela pompe les autres.* »

Les contraintes sont telles et les conditions matérielles pas toujours idéales, que, selon Madame/Monsieur X, « *Si le petit entretien normal était déjà effectué, qu'on ne se cassait pas la gueule sur les estrades faute de lumière, nos conditions de vie au travail seraient déjà grandement améliorées !* » Les entretiens du quotidien non résolus ne permettent pas d'envisager des solutions en guise de compensation. Madame/Monsieur X : « *Quand on n'arrive pas à avoir ce qui devrait être normal, on n'envisage pas qu'on puisse avoir des trucs spécifiques.* » Monsieur O partage cette idée et évoque les attentes « basiques » des agents : « *Ils [les agents] voient que les toutes petites choses qui pourraient simplifier leur vie ne sont pas faites. Exemple tout bête : l'affichage des locaux qui datent.* »

Les agents partagent à l'unanimité l'importance que les managers soient formés dans la mesure où, comme le remarque Madame C : « *J'ai l'impression que le handicap, c'est quelque chose qui vient du bas alors que pour moi ça devrait venir du haut.* » Cette phrase symbolise le fait que ce sont les agents qui parlent de leur handicap, se sentant parfois contraints de justifier leurs besoins ou d'informer des préconisations médicales. Cela les met en posture basse. L'information et la sensibilisation ne devrait donc pas venir des agents. Madame C insiste en expliquant que « *les responsables de service doivent communiquer* ». Elle va plus loin en déclarant : « *quand on fait du management on devrait connaître un minimum et pas tomber des nues sur le sujet.* »

1.5 La valeur travail et l'importance du collectif de travail

Les personnels rencontrés font preuve d'un attachement fort à leur milieu professionnel. En premier lieu, la question du sens est primordiale, à l'image de Madame F : « *Il me faut du sens, il faut que je me sente utile.* » Madame H souligne : « *Le travail représente beaucoup pour moi. C'est une valeur importante. Si je devais ne plus travailler à cause de ma santé... ce serait compliqué.* » Comme le souligne Marie-Renée Guével et al. : « au niveau

individuel, le sens donné au travail joue un rôle important à la fois dans le maintien de l'emploi et dans les motivations à conserver une activité professionnelle. » (*Inclure sans stigmatiser*, 2018, p. 201) Cette question du sens est conjuguée à celle de la participation sociale que les bénéfices du travail permettent. Ce que souligne Madame H : « *Le travail c'est vraiment important pour tout ! Avoir un salaire pour participer à la vie de la maison, sur tous les domaines.* » Cependant, le sens repose aussi sur les relations et le sentiment d'appartenance dans un collectif de travail. Madame B évoque le soutien et le maintien du lien avec ses collègues durant sa période de congés pour raison de santé : « *Tout le monde est au courant. Des collègues sont même venus me voir en clinique donc plutôt bienveillance et ils m'appellent toujours.* » Les liens sociaux et leur maintien en cas d'absence pour raison de santé facilitent les aménagements raisonnables en termes d'organisation du travail. Ce que décrit Monsieur I : « *J'ai toujours eu plutôt de la bienveillance du genre fais attention, va pas trop vite, fais gaffe... après j'ai eu de la chance d'avoir pu reprendre à temps complet même si c'était difficile. Après il y avait forcément une adaptation à trouver.* »

Cependant, parler de son handicap est très dépendant de la relation entretenue avec les collègues. Lorsqu'il y a une confiance voir une « *très bonne ambiance* » comme l'évoque Madame H, c'est forcément plus aisé d'en parler et d'être compris et soutenu. De même, la stabilité des équipes et l'autonomie constituent des éléments favorisant l'entraide et le maintien en emploi. Comme l'explique Madame H : « *On forme une équipe soudée. On a une bonne autonomie. [...] Du moment que le job est fait* ». Cet « effet de composition » (Jacquinot & Pellissier-Tanon, 2022, p. 134) renforce ainsi la cohésion d'équipe. En revanche, subsiste une forme de culpabilité lorsqu'il y a une restriction d'aptitudes qui reporte la charge de travail sur les autres, ce qu'évoque Madame H : « *ce qui m'ennuie c'est de laisser les choses pas rigolotes à faire à mes deux autres collègues.* » Cette question du report de la charge de travail fait référence à la théorie du don et de contre-don développé par Marcel Mauss, qui suppose une triple obligation : donner, prendre et recevoir que l'on retrouve aussi dans le milieu professionnel. Comme l'explique Benoît Ladouceur : « il s'agit [...] d'un moyen pour rendre les personnes aidées « endettées » vis-à-vis du collègue ayant rendu service » (Ladouceur, 2009). Ainsi cette triple obligation repose sur la coopération qui elle-même nécessite une confiance et des liens entre les individus. Cela va dans le sens de Madame A pour qui parler de son handicap évite de « *créer des tensions supplémentaires* » tout en estimant « *[qu']il faut aussi que les gens s'adaptent* ».

Les collectifs de travail sont en permanence en mouvement qui bouleverse constamment l'homéostasie nécessaire au fonctionnement et à l'atteinte des objectifs de travail. De fait, le travail en équipe ne peut être linéaire dans la mesure où il faut composer avec les

caractéristiques expliquées par Roger Mucchielli, telles que : les émotions et les sentiments collectifs, l'inconscient collectif, les mécanismes d'influence, la pression de conformité, les tensions internes, la pression extérieure indirecte, la régulation et l'autorité...(Mucchielli, 2019) La survenue du handicap peut s'ajouter si le collectif de travail n'est ni informé ni consulté sur l'organisation à modifier. Tout en prenant en compte le fait que l'emploi pour les PSH doit représenter « un domaine de l'existence où elles ont droit à l'égalité avec les personnes valides, qu'il s'agisse de respect, de considération et d'atteinte de performance. Le travail [est] considéré comme lieu de progression et d'épanouissement professionnel » (Revillard, 2019, p. 96). Tout en ayant une vigilance à ne pas voir ou propulser les PSH comme « des citoyens à per-former » (Stiker, 2013, p. 255). Cette attention devant donc être portée de manière collégiale et en pluridisciplinarité.

2. La conception du handicap et l'intégration dans les pratiques managériales

2.1 Disparité des connaissances, source d'incompréhensions du handicap

Les managers rencontrés ont des connaissances générales sur la politique des quotas et de lutte contre les discriminations. En revanche, les dispositifs réglementaires successifs, en particulier ceux issus des lois de 2018 et 2019⁵⁷ restent assez énigmatiques, à l'image de Madame M qui admet « *Je ne savais pas qu'il y avait un volet handicap.* » Les explications sur les dispositifs de promotion expérimentale et de PPR par exemple, suscitent un intérêt chez Madame L : « *C'est déjà bien pour eux, parce que sinon ils étaient coincés, ils ne pouvaient plus évoluer dans leur carrière.* » Cette idée rejoint celle de Monsieur K qui souligne le caractère inclusif de l'établissement en évoquant « *la possibilité de pérenniser leur emploi ce qui est intéressant et pour les fonctionnaires qui ont soit un handicap soit une fragilité de santé qui nécessitent une adaptation du poste de travail, de le faire [...] j'ai l'impression que tout le monde y trouve son compte : managers et agents.* ». Il partage également sa vision sur le recrutement de BOE comme un tremplin contribuant au maintien en emploi fondé sur les compétences avant tout : « *Cela a permis de mettre à l'étrier pour aller postuler sur un poste ailleurs basé sur les compétences techniques et pas à la spécificité BOE, ce qui est plutôt positif.* ». Cette idée rejoint celle évoquée par Madame L qui estime que « *Ces personnes ont un talent !* » et « *[qu'] il faut mettre en avant l'impact positif qu'une personne en situation de handicap peut nous apporter.* » Madame L insiste sur la nécessité de voir avant tout une personne et part du postulat « *[qu'] il faut voir la personne plutôt que voir l'agent qui va débiter un travail.* » Cette vision centrée sur l'autre comme soi est en accord avec le concept de valorisation des rôles sociaux de Wolf

⁵⁷ Pour rappel, il s'agit de la loi Avenir professionnel de 2018 et de la loi de la transformation de la fonction publique de 2019

Wolfensberger⁵⁸. C'est en ne niant pas nos différences mais bien parce que, comme le souligne Marcel Jaeger, « une inclusion se fonde, elle, sur la double reconnaissance du même et de l'autre. » (Lemay et al., 2018, p. 14) Cette philosophie fait également référence à la théorie de la sublimation de Freud. En psychodynamique du travail, c'est ce qui permet de pouvoir se réaliser dans l'activité professionnelle et « [d'] apporter son concours à la délibération collective sur le « comment » du travailler ensemble » (Demaegdt, 2015). C'est également dans cet état d'esprit que Monsieur O considère sa place de manager. : « *ma philosophie est que mon collaborateur doit être dans les meilleures dispositions pour travailler. C'est-à-dire qu'il doit savoir ce qu'il fait, comment il fait, comment il peut le faire et s'il a une difficulté, où se tourner.* »

Si la compétence est avant tout mise en avant, elle semble susciter l'étonnement de Monsieur N lorsqu'il explique : « *Madame [...], elle est top, elle bosse super bien ! Pourtant elle est en situation de handicap, mais elle bosse mieux que les autres.* ». Cette phrase laisse supposer qu'une PSH pourrait être moins efficace. Ce qui corrobore avec les études en psychologie sociale étudiées par Anne Robillard, qui constate que « les personnes handicapées font l'objet de stéréotypes positifs quant à leur courage et leur effort, mais négatif quant à leur compétence » (Revillard, 2019, p. 42). En revanche, la remarque d'étonnement de ce manager a le mérite de remettre en cause cette représentation du handicap. Du moins, en partie, car subsiste tout de même des réticences et des préjugés lorsqu'il dit « *C'est les BOE le problème. Ils ne sont pas faits pour [nom de la direction] je pense.* » Cette idée vient contrebalancer sa vision précédente qui pointe la compétence. Est-ce que cela ne serait pas plutôt lié au modèle individuel du handicap et une méconnaissance des typologies de handicap ? Car il exprime clairement : « *Ce qui me fait peur, c'est le cognitif. Ça ne se voit pas tout de suite.* » Comme le pointe Anne Revillard, « si les handicaps invisibles ont l'avantage de pouvoir être masqués, inversement, ils peuvent donner lieu à des incompréhensions face à des incapacités ou des restrictions d'activité inexplicables » (Revillard, *op. cit.*, p.10).

Autant le défaut de connaissances est aisément exprimé et la proposition de formation plutôt bien accueillie, autant ses modalités sont source de désaccords. Si selon Madame L : « *Ce serait mieux une formation sur les discriminations en général* » qui pourrait s'adresser à tous, Monsieur N estime que la formation est surtout à prévoir : « *au niveau des responsables des unités de service* ». Et de préférer l'information de courte durée sur une demi-journée au motif que la formation est chronophage : « *On est toujours très pris et*

⁵⁸ Wolf Wolfensberger est un psychologue américain qui a créé le concept de valorisation par les rôles sociaux.
Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de
l'Université Rennes 2 - 2021-2022

*des formations on en a... » (signe de la main par-dessus la tête). Considérer cette forme de verticalité en ne formant ou informant que les responsables omet le collectif de travail pourtant présent dans son discours. Par ailleurs, se limiter à de l'information, ne serait-ce pas minimiser l'importance de comprendre les handicaps, de savoir accueillir, organiser ou réorganiser le travail ? Ce qui pourrait corroborer avec l'idée de Madame L, qui estime que « *les gens ne se sentent pas concernés par la question du handicap. C'est quand cela leur arrive qu'ils commencent à prendre le sujet au sérieux* » De son côté Monsieur K considère le handicap comme un enjeu sociétal au même titre que l'écologie ou le développement durable. Il pointe un effet de mode qui relèguerait le sujet du handicap au second plan. Selon, lui : « *A une certaine époque on sensibilisait beaucoup plus. J'ai l'impression qu'on a eu une période où on était sur le handicap à fond et là on est plus sur l'écologie, le développement durable. Or il me semble que c'est aussi important, voire plus.* »*

Les parcours personnels et professionnels montrent une hétérogénéité des connaissances et des postures. Certains ont déjà eu des formations sur le handicap qui leur permettent d'être plus à l'aise dans leur management. D'une manière générale, la disparité des connaissances sur le handicap et la maladie influent sur le management et l'activation ou non des leviers existants permettant de répondre aux besoins individuels et collectifs.

2.2 L'accompagnement dans le cadre du maintien en emploi : véritable levier du management équitable

Les managers sont unanimes quant à leur place dans l'accompagnement de leurs agents. Comme le souligne Madame L : « *Le manager, peut-être que c'est lui le primordial* ». De son côté, Monsieur O évoque son souci du traitement équitable et bienveillant : « *C'est comme ça que je conçois l'accompagnement [...] de façon individualisée, mais pas spécifique au handicap* ». Ce qui peut mettre en difficulté les managers, c'est le fait de ne pas savoir ce qu'il faut faire pour répondre aux besoins des agents. Bien que pour Madame L, « *c'est vrai que les personnes n'ont pas à dire si elles sont handicapées ou pas, pour ne pas être cataloguées, pour ne pas être stigmatisées.* », tout comme pour Monsieur O : « *ils [les agents] n'ont pas l'obligation de donner des éléments à la hiérarchie* ». Le besoin d'information à caractère médical semble une nécessité pour Madame L ou encore Monsieur N qui évoque clairement « *Pour accompagner les gens, c'est difficile si on ne sait pas ce qu'ils ont.* » La relation de confiance semble être la clé qui permet à l'agent concerné de parler à minima des conséquences de son handicap ou de sa maladie. Ce qui est le cas de Monsieur K qui explique « *ils me le disent facilement j'ai l'impression* ». Même si Madame L fait le même constat, en évoquant « *cette partie de confiance qu'il [l'agent] a trouvé en nous* », elle estime tout de même que « *la personne regarde plus qu'est-ce que* Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

mon chef va dire. » Le non-dit des agents peut donc générer des situations d'incompréhension et finalement être contre-productif. D'un côté on trouve l'isolement du manager et de l'autre la crainte de l'agent d'être jugé, voire poussé vers la sortie du milieu du travail. Au final, cela peut mener au mieux vers une forme d'impasse au pire vers une dégradation des relations de travail. Par ailleurs, le manager peut se retrouver en difficulté dans l'organisation du travail lorsqu'il est mis devant le fait accompli de décisions médicales qui s'imposent, notamment dans le cadre du retour au travail après une absence pour raison de santé. Comme le souligne Monsieur N : *On a les informations au dernier moment et on ne sait pas si on doit aménager le poste ou pas.* » Il ajoute que *« c'est difficile, on vous dit qu'il faut la [la personne] mettre à mi-temps [thérapeutique], donc on la met à mi-temps »*. Ce fait soulève le défaut d'anticipation et d'échange avec les acteurs qui gravitent autour de l'agent et qui prévaut à la fois pour l'agent et pour le collectif de travail.

En dehors de ces éléments exogènes à l'unité de travail, les managers se montrent soucieux du bien-être de leurs agents. C'est le cas de Monsieur K lorsqu'il évoque la reprise après une absence longue pour raison de santé : *« je lui pose la question sur ce qu'elle [la personne] a envie de faire, est-ce qu'elle a envie de revenir... »*. Cette attention est également évoquée par Monsieur O lorsqu'il dit *« j'ai adapté mon mode de management pour être bienveillant. »* Il y a une volonté d'adapter l'organisation de travail qui convienne à la personne et à l'équipe, comme Monsieur O lorsqu'il évoque les troubles cognitifs avec troubles mnésiques d'un de ses agents : *« il a fallu trouver des solutions un peu différentes pour que justement elle se sente entre guillemets rassurée. »* Tout comme Madame L qui explique : *« J'ai voulu faciliter son service [...] je savais qu'il y avait cette opportunité qui s'ouvrait. [...] J'essaye de répondre avec les moyens que j'ai. »* Ces marques de bienveillance se font, dans la mesure du possible, dans un cadre participatif et en concertation avec l'agent. Mais certains services avec des strates de cadres intermédiaires, rendent plus difficile l'accompagnement et l'action des managers. C'est ce que relève Monsieur N lorsqu'il dit *« J'apprends les choses avec retard »*. Il pointe également la difficulté des collègues à faire remonter les difficultés rencontrées dans leur équipe : *« c'est progressif, la collègue n'en parlait pas, elle n'osait pas me le dire. »* Les réticences à évoquer les problématiques peuvent ainsi générer des situations handicapantes avec un risque de saturation de l'équipe et une forme d'exclusion. Derrière il y a la notion de ne pas savoir comment gérer et d'être en posture de veille au sens vigilance du terme. C'est notamment le cas pour certaines pathologies type addiction. Ainsi, selon Monsieur N *« Parfois on me dit ça va pas. Il faut qu'on soit derrière tout le temps. »* La réponse à cette difficulté semble alors de penser la mobilité vers un autre poste. Comme le souligne

Monsieur N : *Je n'ai pas envie de sanctionner les gens et j'aimerais qu'on lui trouve quelque chose qui soit adapté.* »

Par ailleurs, certains managers ont la crainte que les aménagements qui peuvent être faits pour leurs agents suscitent de la jalousie des autres. Ils se sentent dans l'obligation de justifier des choix, qui parfois leur sont imposés, comme le télétravail pour raison de santé. C'est le cas de Monsieur K lorsqu'il souligne : « *Il faut maintenir une certaine équité mais dans ce cas-là il n'y a pas de mal à justifier* ». Ce à quoi il ajoute : « *Après toujours prendre soin de ne pas faire d'injustice* ». Cependant, équité ne s'oppose pas à la prise en compte de la vulnérabilité d'un agent. Cela nécessite de pouvoir l'expliquer au collectif pour que cela soit mieux compris et accepté. Il faut leur permettre d'avoir les clés de compréhension, en particulier lorsque le handicap est non visible.

Si le manager est en première ligne, le collectif de travail est tout aussi important. C'est notamment le cas pour Madame L qui évoque : « *Quand la personne revient à cause d'une maladie, elle se sent déjà diminuée, elle a perdu son estime de soi. Donc il faudrait peut-être que nous, les collègues on l'accompagne. Il faut qu'il y ait cette transition et qu'on lui donne une temporalité peut être autre par rapport à ce qu'on aurait pu lui donner avant.* ». Ce besoin est également pointé par Monsieur O lorsqu'il dit que « *l'idée c'est pas que la personne reparte en maladie parce que derrière elle ne va pas revenir.* ». La notion du risque de désinsertion professionnelle est donc bien intégrée par les managers. Ce qui confirme que « la mise en place de dispositifs de sécurisation des parcours professionnels [interviennent] comme des facteurs de protection *ex ante* face à des chocs de santé » (Barnay & Jusot, 2018, p. 93).

Même si certains managers sont plus à l'aise pour procéder à des ajustements en termes d'organisation de travail, ils reconnaissent un besoin d'accompagnement global. C'est le cas de Monsieur K qui déclare : « *Il faudra peut-être un accompagnement, une attention particulière.* » Mais pour que l'accompagnement soit efficient et adapté, il y a donc un nécessaire croisement des regards et une fluidité des informations administratives. Cette pluridisciplinarité doit permettre d'éviter une gestion dans l'urgence et une situation de stress tant pour l'agent que le manager et le collectif de travail. Mais subsiste un manque de visibilité des acteurs et de coordination entre tous. Globalement les RH sont relativement bien repérés. En revanche le périmètre de la CH est plutôt confus. Ainsi, à la question de son rôle en tant que CH, Monsieur O répond : « *Je ne sais pas trop j'avoue. Personne relais au minimum.* » Pour Monsieur K, c'est la fonction d'assistante sociale qui ressort dans son discours « *mon point de contact c'est les ressources humaines, vous pour la partie plus*

assistante sociale. » Après précision de ma double casquette AS-CH, il reprend : « *donc forcément sur ce sujet-là c'est plutôt vous le point de contact* ». Ce qui est également marquant c'est la non-visibilité des acteurs médicaux, à savoir l'infirmière et la psychologue du travail. Au mieux ces deux professionnelles sont confondues avec celles du service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé. Leur présence paraît une information rassurante, à l'image de Monsieur N qui demande : « *On pourrait passer par l'infirmière ?* » De même, Monsieur K souligne « *C'est important d'avoir un personnel médical sur place. [...] C'est important de pouvoir avoir une identification, détection d'un problème s'il y en a un.* » Globalement, la focale se fait sur le manque de médecin du travail. Cette information semble avoir cristallisé un niveau de connaissance, sous-considérant peut-être les autres acteurs du médico-social. C'est le cas de Madame M qui estime que seul le médecin est important au motif « *que c'est lui qui reconnaît notre état de santé* ». Elle précise, suite à l'explication sur les acteurs, les modalités de travail avec les médecins agréés ainsi que des possibilités d'action de la CH grâce à notre convention passée avec le FIPHFP⁵⁹ : « *On ne sait rien, on ne sait pas.* ».

L'une des clés de compréhension du manque de visibilité des acteurs médico-sociaux et en particulier de l'assistante sociale, a été donnée par Monsieur O qui explique : « *Je pense que vous payez malgré vous le flottement, les changements structurels répétés.* » Effectivement la place y compris physiquement aurait souvent changé. Ce à quoi, Monsieur O ajoute : « *Avant cela s'appelait le SASVP⁶⁰, après l'assistante sociale a été rattachée au médical, puis à la RH. Donc je pense qu'à force de tâtonner, les gens se disent ils ne savent pas ce qu'ils veulent, je vais me débrouiller tout seul.* »

Le handicap et la santé demeurent des sujets tabous ou difficilement abordables de part et d'autre. Pourtant, selon Monsieur K : « *j'ai l'impression que dans les faits, il y a des personnes qui ne se déclarent pas ; que certains agents travaillent depuis des années et ont un handicap qu'ils n'avaient pas avant. [...] j'ai l'impression qu'il leur est difficile de le dire et de faire la démarche* ». Afin de banaliser la question de santé ou de handicap, il a soulevé le défaut de support managérial permettant de recenser les éventuels besoins. Il évoque : « *Dans les entretiens pros, la dimension handicap n'y est pas. Ça pourrait être l'occasion de détecter s'il y a des besoins ou pas. Peut-être juste une question : avez-vous besoin de matériel spécifique ou pas ?* » Cette idée est intéressante, même si elle se centre sur des besoins matériels. Cela permet de s'interroger sur l'objet des entretiens

⁵⁹ Les employeurs conventionnés peuvent être prescripteurs d'étude préalable à l'aménagement et à l'adaptation des situations de travail (EPAAST) et de prestations d'appuis spécifiques (PAS). Les préconisations des ergonomes se substituent alors à un certificat médical

⁶⁰ SASVP signifie Service d'action sociale et de vie des personnels

professionnels qui fixent des objectifs individuels. Peut-être qu'une vision à l'échelle d'une équipe permettrait d'être plus en phase avec l'idée de management inclusif et d'entraide. Est-ce que cela pourrait constituer un des leviers aux difficultés rencontrés par ailleurs ?

2.3 Les freins rencontrés par les managers

Les problèmes de recrutement et le turn-over dans certaines directions sont des préoccupations importantes. C'est le cas de Madame L qui évoque l'impact sur son service : « *On essaie de faire tourner le service tant bien que mal.* » Tout en ajoutant : « *On travaille à flux tendu constant et ça mobilise pas mal de collègues [...] ce qui fait que des fois ils sont sur le qui-vive et puis toujours un peu énervé quand il y a trop de pression.* » Ce constat est également pointé par Madame M : « *On a beaucoup plus d'étudiants par enseignants-chercheurs [et] chez les enseignants il y a beaucoup de vacataires.* » Elle ajoute que des filières ont dû être fermées faute d'enseignants. Monsieur O est assez critique: « *On n'arrive pas à les retenir, on ne sait pas les garder. On anticipe pas [...], on ne valorise pas... on met des catégories inférieures à des endroits où il faudrait mettre des catégories supérieures et inversement.* »

Au regard de ces éléments, conjugué à des absents non remplacés, des absences à durées imprévisibles (avec de potentiels arrêts courts renouvelés) ainsi que des retours tardifs sur les décisions et préconisations médicales, on comprend la double difficulté :

- Au niveau individuel : accompagner et mettre en place une organisation de travail adaptée et donc à penser un aménagement raisonnable
- Au niveau collectif : difficulté de maintenir une homéostasie⁶¹.

Le risque, selon Véronique Daubas-Letourneux est que « le non-remplacement des salariés en arrêt de travail construit une désolidarisation des salariés entre eux, qui ont ainsi tendance à relayer les remarques et la suspicion distillées par la hiérarchie » (Daubas-Letourneux, 2021, p. 206). Madame M évoque « *un système en sous-effectif, c'est un système maltraitant pour tout le monde.* »

Ces contraintes font écho à l'autonomie des universités et soulève la question des moyens budgétaires et les contraintes de plafond d'emploi pour maintenir un équilibre dans les services. Monsieur O explique, au moyen d'une métaphore, l'organisation idéale : « *Une équipe de foot, pour qu'elle puisse jouer un match, c'est onze joueurs si on veut jouer de façon optimale. Mais à huit on n'est pas forfait, c'est le minimum. Situation dégradée, fonctionnement à minima et en souffrance. A onze, ça tourne mais on n'a pas le droit de se planter. On a le droit à trois remplaçants, soit quatorze joueurs et là c'est bien.* »

⁶¹ Selon le dictionnaire Larousse, l'homéostasie est définie comme : « Caractéristique d'un écosystème qui résiste aux changements (perturbations) et conserve un état d'équilibre. ». Dans les organisations, c'est le procédé de régulation qui permet de maintenir un point d'équilibre.

Enfin, seule Madame L a osé exprimer la mise en avant du handicap par certaines personnes pour refuser ou exiger des tâches. C'est un sentiment d'abus de certains PSH qui mettrait de fait en péril l'équité. Elle exprime : « *Des fois on peut accompagner les personnes en situation de handicap, mais si la personne, elle, elle ne met pas de la bonne volonté, c'est difficile.* » Cela peut en fond soulever la question de l'évaluation du besoin, de l'écoute apportée et du consentement de la personne. Parfois il faut avoir les éléments du parcours de vie et professionnel de la personne pour comprendre une posture fermée. Cependant, selon Guy Tisserant, « les « handicapés » peuvent se réfugier derrière leur handicap pour justifier systématiquement une insuffisance professionnelle » (Tisserant, 2012, p. 59). Le besoin de réassurance des managers et avoir les clés de compréhension montre le besoin de s'appuyer sur des experts du médico-social et de croiser les regards. La prise en compte du handicap est une préoccupation partagée par les managers. Il y a la prise en compte de la singularité tout en étant soucieux d'une équité dans les collectifs de travail. Les managers n'ont pas tous le même bagage qui leur permet cet accompagnement de proximité qui leur incombe. De plus, les freins évoqués et le manque de repérage et de coordination des acteurs, compromettent également la réponse adaptée à apporter aux PSH. Est-ce aussi une question de paradigme ? C'est-à-dire un usage du mot handicap qui en soi serait trop connoté ? Plutôt que de parler de handicap, un autre terme lui semble préférable, à savoir celui de « vulnérabilité » qui est beaucoup plus général. Comme le souligne Yvan Barel, « l'attention portée à la vulnérabilité humaine plutôt qu'au handicap favorise l'effacement du management catégoriel au profit d'un management individualisé qui s'intéresse aux besoins de chaque salarié dans l'organisation du travail, qu'il soit ou pas reconnu handicapés » (Joyeau & Moisdon-Chataigner, 2022a, p. 213). Dans ce même ouvrage, Luc de Kersauson parle de singularité qui « ramène autant à ce qui constitue profondément la nature de l'être humain, de sa personnalité, du fait que chacun est différent et *in fine* de la richesse que cela engendre. » Cela permet de prendre chaque individu avec sa richesse et sa différence qui peuvent contribuer au bien-être collectif et à la performance de l'entreprise, ou de l'établissement public pour ce qui concerne l'université d'Évry. C'est sous ce terme que l'on retrouve souvent des services dédiés à la diversité plutôt qu'au handicap qui pourrait être plus restrictif. Cette bannière permet également d'être plus fédérateur et d'éviter des actions disparates dont le caractère stigmatisant pourrait donner peu de poids aux actions entreprises. Cependant, même si les modalités d'accompagnement de l'université d'Évry sont perfectibles, il n'en demeure pas moins qu'elle promeut une politique inclusive.

Chapitre 3 : L'université d'Évry : un établissement handi-accueillant

1. Politique handicap et conditions de travail

1.1 Une politique handicap affirmée mais discrète

Nous avons pu constater dans notre première partie la volonté de l'implantation durable d'une politique inclusive, que ce soit au travers du taux d'emploi de personnes handicapées supérieur à 6%, la convention avec le FIPHFP, le schéma directeur du handicap ou encore les dispositifs d'intégration. Cependant, le premier constat de l'enquête porte sur le fait qu'agents et managers pensent d'abord aux étudiants. Ce qu'explique Monsieur N (manager) : « *A notre niveau, quand on pense handicap, on pense surtout aux étudiants.* » Autant les dispositifs d'accompagnement pour les étudiants sont clairement identifiés, ce que nous avons pu démontrer précédemment, autant, cela semble un impensé pour les personnels. A l'image de Madame M qui explique : « *Je ne sais pas ce que fait l'université pour respecter son taux.* ». Elle a exprimé sa surprise à l'annonce de notre taux d'emploi de PSH « *Ah, il y a quand même des gens qui se déclarent ?* ». De façon générale, les personnels de la communauté universitaire rencontrés n'ont pas une connaissance précise, faute d'une communication claire. En revanche, la majorité des personnels administratifs rencontrés perçoivent une volonté de l'établissement de leur permettre d'exercer dans les conditions adaptées, liée à leur propre parcours et aux aménagements qu'ils ont pu avoir. Avec un bémol pour Madame G qui estime que la bienveillance repose sur la relation entretenue avec son responsable hiérarchique. Elle explique : « *je pense que l'université ne peut pas être attentive puisqu'on échange uniquement avec nos responsables.* » La taille de l'établissement semble toutefois propice à la bienveillance institutionnelle, ce qu'explique Monsieur I : « *Je trouve de façon générale que la politique de l'établissement est relativement humaine ; ça reste encore une grande famille.* ». Ce constat est en partie partagée par Monsieur D qui trouve que « *L'université d'Evry y a effectivement une volonté qui est affichée mais parfois un manque de rigueur ou fait preuve d'un peu un laxisme qui fait que de fait il y a des choses qui ne sont pas.... Qui manquent de respect.* » Cette remarque fait référence à un souci de gestion administrative qui a eu un impact sur sa fragilité de santé. Les réserves posées par Madame G et Monsieur D mettent en lumière la chaîne d'acteurs qui entoure les PSH et le nécessaire travail en pluridisciplinarité pour faciliter le suivi global. Cela permettrait d'apporter une meilleure vigilance et éviterait l'ajout de difficultés financières et/ou morales à une situation de vulnérabilité personnelle.

Pour que la politique inclusive soit connue de tous, deux canaux semblent nécessaires :

- Sur le plan individuel : prévoir une remise d'information sur la politique handicap de l'établissement. Ce que suggère Monsieur D en faisant référence à une de ses expériences

professionnelles passées : « *On remettait les accords principaux au nouvel embauché sur les dispositifs handicap. Si la personne était concernée et même si la personne n'était pas concernée, on en parlait.* » Il pourrait donc être intéressant d'évoquer la politique handicap dans un livret d'accueil. Tout comme l'université pourrait contribuer au baromètre Emploi et Handicap du Ministère du travail qui donnerait une visibilité publique.

- Sur le plan collectif : plusieurs agents ont évoqué la nécessité d'avoir des relais de proximité. C'est le cas de Monsieur O qui propose de s'appuyer sur le réseau des assistants de prévention ou même des correspondants locaux handicap. « *Pour faire un vrai accompagnement, trois personnes [CH-AS, IST et psychologue] ça ne suffit pas si elles n'ont pas des relais. [...] Ça peut être les assistants de prévention ou pourquoi pas des assistants handicap, ça pourrait être une nouvelle fonction.* ». Madame A partage cet avis en estimant que « *La rapidité fait en sorte que cela désamorce une éventuelle angoisse.* » La politique handicap souffre d'un défaut de visibilité mais elle transpire dans le discours des agents rencontrés. Les conditions de travail de l'université participent au maintien en emploi des personnels.

1.2 Une organisation qui favorise l'aménagement raisonnable

L'organisation du temps de travail de l'université apporte une flexibilité du travail. En effet, pour les personnels administratifs, il y a les aménagements et la réduction du temps de travail (ARTT), la possibilité, sous réserve de l'accord du responsable, de faire jusqu'à trois jours de télétravail ou encore d'établir son *planning* horaire. Par ailleurs on compte un nombre élevé de jours de congés annuels (45 pour un temps plein). Ces dispositions tendent à favoriser la conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle et s'inscrivent dans l'évolution du travail, comme l'explique Monsieur K : « *On travaille sur objectifs, des résultats.* » Marie Pezé, psychologue spécialiste de la souffrance au travail partage ce constat en évoquant : « les managers ne managent plus le travail, mais les objectifs à atteindre » (Pezé, 2021, p. 76). Ces nouvelles formes de travail dans lesquelles s'inscrit le télétravail est apprécié par certains agents en situation de handicap, comme Madame A qui explique : « *Ça me simplifie la vie dans le sens où c'est un peu plus calme. Parce qu'ici on a du passage dans le couloir, on a les appels téléphoniques des uns et des autres... chez moi, je fais les choses à mon rythme et je suis plus concentrée.* » Toutefois, nous avons pu voir les dérives possibles du télétravail et le souci de l'accessibilité. Si les conditions d'exercice sont favorables, il faut avoir en tête, comme le souligne Monsieur K que « *les handicaps sont complètement différents et les outils vont être bien pour l'un mais pas pour l'autre.* ». C'est l'une des limites de l'accessibilité universelle.

Globalement entre une souplesse d'organisation et les aménagements, plusieurs agents estiment avoir trouvé le point d'équilibre qui contribue à leur bien-être au travail. Madame

A illustre : « *J'aime ce que je fais parce que je maîtrise. Je suis bien parce que je comprends ce que l'on me dit, je vois tout de suite de quoi on parle.* » De son côté Madame C s'estime être dans une « *situation idyllique* » avec « *le poste parfait* » tout en expliquant « *j'ai mis aussi beaucoup d'énergie que je n'ai pas mise ailleurs.* ». En effet, parler de sa pathologie à sa responsable n'était pas simple mais lui a permis d'obtenir une organisation prenant en compte son handicap. Dans son rapport « handicaps et emploi », l'IGAS pointe que « les logiques d'intervention classiques visent à adapter la personne à un environnement de travail donné, plutôt qu'à réaliser un processus dynamique d'ajustement réciproque » (Aubin & Daniel, 2020, p. 133). A l'inverse de cette tendance nationale, le cadre de travail de l'université d'Évry apporte les conditions adaptées qui la préfigure plutôt comme un modèle attractif. En prônant l'aménagement immatériel du temps de travail pour tous, « Il [l'aménagement raisonnable] incite à repenser les environnements et les organisations du travail pour produire de l'égalité entre travailleurs » (Joyeau & Moisdon-Chataigner, 2022a, p. 200).

Nous percevons que la dimension écosystémique est indissociable de la dimension individuelle et penser l'aménagement raisonnable tel que souhaité par l'ONU nécessite de prendre en compte la dimension collective de travail qui va contribuer à la qualité de vie (QVT) de l'ensemble des personnels. Comme le souligne Marie-Renée Guével et al. « les dimensions travaillées dans le cadre du maintien dans l'emploi rejoignent celles ciblées par les démarches d'amélioration de la QVT et de la satisfaction au travail » (Guével et al., 2018, p. 202). Cette dimension QVT fait d'ailleurs partie de la charte de service public de l'université parue en juin 2022. L'implémentation d'une démarche qualité de vie au travail dite intégrée⁶² est à l'œuvre depuis novembre 2022. Elle intègre toutes les dimensions organisationnelles, personnelles et de santé afin d'établir des discussions sur le travail entre les agents et d'établir des propositions. Cette démarche vise notamment l'équité et la non-discrimination. Elle peut être considérée comme une démarche raisonnable immatérielle qui « permet d'aller au-delà d'une vision catégorielle et administrative du handicap » (Joyeau & Moisdon-Chataigner, 2022a, p. 200). On peut penser que cela contribuera à l'attractivité de l'université qui permettrait d'aller vers un cercle plus vertueux pour les collectifs de travail en souffrance.

⁶² La démarche Qualité de vie au travail intégrée (QVTi) est un projet développé par un laboratoire de recherche en psychologie du travail. Un cabinet d'experts en QVT et questions autour de la santé au travail et le management est chargé de l'accompagnement pour la mise en œuvre de cette méthode d'amélioration des pratiques professionnelles. La méthode repose sur des cycles avec une mesure au moyen d'un baromètre.
Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de

1.3 Le partage du savoir expérientiel : gage d'un environnement capacitant

L'environnement de travail direct et les différents acteurs internes ont une place importante dans l'accompagnement des PSH. Cependant, la posture ne favorise pas l'horizontalité dont les personnes peuvent avoir besoin. Comme le dit Gérard Zribi, il faut « promouvoir les relations horizontales et [...] développer la capacité d'autonomie et d'initiative pour trouver des réponses à leurs [aux PSH] besoins » (Zribi, 2021, p. 115). Cette relation égalitaire permet de renforcer l'estime de soi qui repose, selon le psychiatre Christophe André, sur trois piliers interdépendants que sont « l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi » (Rinaldi et al., 2020). Cette « estime de soi est déterminée par les normes sociales et se renforce par la prise que l'on peut avoir sur son environnement » (Favier, 2022). En référence à l'article 4 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, il convient de déployer « des actions visant à favoriser le développement des groupes d'entraide mutuelle ». Il est donc apparu intéressant de questionner cette modalité de soutien entre pairs dont le partage du savoir expérientiel permettrait de renforcer le pouvoir d'agir. Les agents rencontrés ont accueilli avec enthousiasme cette suggestion. Le soutien entre pairs permet de rompre l'isolement, à l'image de Madame B : « *je me sentirai moins seule ouais très bien ça oui, s'il y avait cette possibilité.* » Madame C ajoute : « *Les gens comme moi sont dans le même cas de figure : travailler, c'est compliqué !* » La compréhension et l'écoute sont les éléments essentiels selon Madame F : « *Quand on l'a vécu, qu'on est plus à même de comprendre, de pouvoir en parler, de comprendre la personne qui vit ça, voir éventuellement accompagner aussi la personne parce que l'accompagnement c'est aussi clairement l'écoute. Se sentir écouté, c'est déjà assez énorme ! Donc je pense que les personnes qui sont passées par là sont plus à même de faire ça, d'apporter cette écoute.* » Madame A perçoit ce partage d'expérience permettant à la personne de « *communiquer son ressenti parce que la personne sait ce que l'on va vivre et va pouvoir nous rassurer.* » Madame H approuve : « *C'est génial !* » Elle ajoute suite à sa période d'arrêt long pour raison de santé : « *Entre ce que l'on doit faire, comment on le fait et le temps que ça dure... des histoires de salaires décalés, des histoires de tout ça, on n'est pas prévenus. La première fois je n'ai pas compris ce qui se passait.* » Madame C perçoit également cette modalité d'entraide comme vecteur de conseils dans le quotidien de travail et de partage d'informations : « *Je pense que ça pourrait être intéressant d'échanger sur comment les gens travaillent ? Quelles sont leurs difficultés liées au handicap ? C'est peut-être aussi l'occasion de donner des informations sur le handicap.* » Les managers perçoivent également le partage d'expérience comme une ressource et un appui supplémentaire. Certains n'hésitent pas à mettre en place des binômes, comme l'explique Madame L : « *On peut aussi mettre cette personne quand elle revient en binôme comme ça ils peuvent*

travailler ensemble. Elle se sentira aussi plus rassurée. » Monsieur O y voit une opportunité pour permettre à l'agent de se reposer sur l'autre, ce qui renforce la confiance en soi. Ainsi il explique : « *on a pu mettre en place des systèmes de binômes, des systèmes de veille lui donnaient le droit à l'oubli, ce qui l'arrangeait bien parce que du coup elle oubliait moins. Certainement qu'elle se mettait moins la pression parce que j'étais en sécurité. J'ai constaté moins d'erreurs, moins de travail refait, moins de vérifications abusives du travail par peur de l'erreur, donc pour moi il y a eu une progression* » Cette exemple illustre que le pair-accompagnement permet de « retourner le stigmate et de montrer que ce n'est pas parce qu'on a eu un parcours de vie complexe qu'on n'est pas apte à exercer » (Bacle, 2021).

Plutôt que des binômes, Madame C pense que ce seraient plus enrichissant d'organiser « *des réunions d'échanges, avec des gens qui n'ont pas forcément les mêmes handicaps ou la même maladie, mais qui peuvent parler de leur situation.* » Elle évoque sa propre expérience des groupes d'entraide dans le cadre de sa maladie grave en expliquant : « *j'avais trouvé ça très intéressant parce qu'il y a des choses qui m'ont frappées et des gens qui vivaient la même chose que moi en fait.* » Monsieur D approuve cette initiative qui permettrait de créer un réseau interne sur lequel s'appuyer. Il explique : « *Au quotidien, j'aurais peut-être plus tendance, sur des inquiétudes, des petites choses, à échanger avec des gens que j'ai rencontrés, pour me rassurer ou pour avoir des conseils.* »

Si les agents voient le pair-accompagnement comme un service qui leur serait proposé, spontanément ils expriment la volonté de pouvoir partager à leur tour leur expérience. Comme Monsieur D qui souhaite « *intégrer un groupe, échanger avec les personnes qui vivent un peu les mêmes choses et d'apporter peut-être mon témoignage, voir comment donner des pistes ou des tuyaux pour le personnel.* » Le partage d'expérience est ainsi à double sens et permet de « transformer les savoirs expérientiels en véritable compétences professionnelles » (Butzbach, 2021). Cela favorise le développement des compétences psychosociales, dont la définition de L'OMS de 1994 a évolué pour être considérée aujourd'hui comme les « capacités psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales), impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent de renforcer le pouvoir d'agir (*empowerment*), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives » (Santé Publique France, 2022).

Le pair-accompagnement semble représenter une nouvelle forme à explorer dans la mesure où cela apporte à l'individu et au collectif de travail. Cela permet aussi d'éprouver et de renforcer les liens sociaux. Ce qu'évoque Madame L (manager) lorsqu'elle parle de l'accompagnement à la suite d'une absence longue : « *Il faut pouvoir recréer le lien* Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

professionnel, réamorcer les choses tranquillement pour que tout se passe au mieux dans l'intérêt de tous. » Cette modalité d'accompagnement permet de donner aux PSH un environnement leur permettant d'actionner ce qu'ils s'estiment en capacité de faire, en référence au concept de capacités d'Amartya Sen. Le soutien entre pairs en binôme nécessite d'acquérir des notions. Le format groupe suppose un animateur/modérateur que la CH pourrait assurer. La formation serait un préalable pour les volontaires. Au regard de la particularité des doctorants, un dispositif d'entraide spécifique pourrait leur être consacré. L'université d'Évry se montre ouverte à de nouvelles formes d'accompagnement et à permettre aux agents de développer leur pouvoir d'agir. La politique inclusive est prégnante et propice aux aménagements raisonnables. Cependant, les stéréotypes perdurent. La sensibilisation demeure à ce titre indispensable.

2. La sensibilisation : meilleur vecteur pour déconstruire les représentations du handicap

Actuellement, différentes modalités sont utilisées pour sensibiliser : une page intranet avec des informations pratiques (liens et formulaires MDPH), des actions thématiques proposées lors de la semaine européenne pour l'emploi des personnes handicapées (handicap visuel en 2019, les troubles DYS en 2021, le cancer en 2022) et une sensibilisation d'une demi-journée proposée dans le cadre de la formation. Le recueil des avis de l'ensemble des managers dans un premier temps permet de comprendre leurs attentes et leurs suggestions. C'est dans ce cadre que Monsieur K livre cette remarque : *« Je crois que c'est par des campagnes de communication que vous pouvez arriver à les [les agents en situation de handicap] toucher. [...] Pour moi il n'y a pas assez »* Monsieur N confirme : *« la communication, il n'y en a pas assez »*. Il ajoute qu'il *« préfère avoir une bonne discussion par téléphone pour avoir des infos [...] prendre conseil »* et globalement qu'il n' a pas le temps de consulter l'intranet et préfère le mail. Vision partagée par l'ensemble des agents, dont Monsieur O qui s'interroge : *« Pourquoi on n'a pas des rappels sur nos messageries ? Car il faut aller fouiller l'intranet pour avoir les actualités. »* Cette forme de communication demande un effort et suppose l'envie. Or il faut faire en sorte que l'information vienne aux agents. Monsieur O évoque l'idée de *« prémâcher »* la communication en pensant singulièrement aux EEC : *« Il faut que ce soit porté, diffusé, relayé, notamment auprès de la population enseignante parce qu'elle se déclare moins. »* Globalement ce manager explique : *« Il faut faire de la sensibilisation pour amener vers de la sensibilisation. »* Selon lui, il faut mobiliser les ressources internes (exemple les professeurs et étudiant en langues, art et musique) pour attirer l'attention par différentes modalités : théâtre éphémère, *flash mob...* Avec l'idée de *« surprendre, avoir un petit côté impertinent qui bouscule les*

modalités de penser. » Comme le souligne Madame G (BIATSS) : « *Je pense que quand il y a une thématique bien particulière ce sont seulement les gens intéressés par la thématique qui viennent.* » Elle pointe également le fait que « *le mot handicap n'est pas bien dit parce que quand on pense handicap, on parle physique. [...] Il faudrait trouver un thème où les gens associent handicap à toutes les maladies.* » Ce qui va dans la sens de Madame F qui souligne : « *Ce qu'il faut casser, c'est ce côté tabou, d'avoir peur ou d'être montré du doigt.* » Elle évoque notamment recours à la vidéo « *parce qu'il y a des écrans et puis parce qu'on ne lit pas forcément* » avec l'idée « *d'associer des mots* » et de diffuser des témoignages. Les EEC évoquent la contrainte temps et la nécessité d'avoir des messages courts et percutants, ce que Monsieur J explique : « *si j'ai répondu à votre sondage c'était parce que c'était quelque chose d'ultra précis, ciblé* ». Selon ce Monsieur, pour toucher les enseignants chercheurs il vaut mieux organiser et imposer des réunions. Il précise : « *C'est un truc comme ça bien ciblé qu'il faudrait faire.* » Madame C (BIATSS) abonde en ce sens en estimant qu'il « *faut cibler car mettre une info handicap au milieu d'autres trucs, ça passe à la trappe. Ça devrait être un mail à part.* ».

D'une manière générale, les agents rencontrés pensent que le défaut de communication et de sensibilisation participe aux appréhensions de parler de sa santé et de ses besoins à son manager. Communiquer davantage permettrait donc de banaliser le handicap et de rompre l'isolement. Ce qu'explique aisément Madame C : « *Il peut y avoir une forme d'isolement quand même. C'est vrai que tout le monde ne veut pas le dire non plus mais peut être que si c'était plus présent, ça serait plus naturel.* » Cela permettrait de sortir de cette prégnance du modèle médical qui fait porter le handicap sur l'individu et ne prend pas suffisamment en compte la dimension environnementale au sens collectif et organisationnel.

La remarque sous forme de question de Monsieur D (BIATSS) pointe la nécessité d'une communication avec un double objectif : « *Est-ce que l'intention de la sensibilisation comme ça serait de prévenir autant que possible les pratiques discriminantes au travail ou est-ce que l'intention c'est d'accompagner au mieux des personnes qui n'ont pas de problème de santé particulière ? Les deux peuvent être en même temps je le trouve.* ».

Selon la population, on voit bien que les canaux de communication peuvent varier selon les publics (EEC et BIATSS). Cependant, plus la politique du handicap de l'établissement sera visible, mieux elle sera comprise et la sensibilisation efficace. Toutefois, les agents qui travaillent à l'IUT et dans les laboratoires partenaires, utiliseraient l'adresse électronique spécifique. Ils ne consulteraient pas souvent la messagerie de l'université ni l'intranet. Ils n'ont peut-être pas assez le sentiment d'appartenance à l'université d'Évry. Cela doit être un des éléments à prendre en compte pour adapter les modalités de sensibilisation.

Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

Dans le cadre de cette enquête, le souhait a été de recenser la vision des agents et des managers. La richesse des échanges a permis de mettre en relief des besoins en termes d'accompagnement individuels et collectifs ainsi que le défaut de clarification des acteurs. La mise en exergue des pratiques managériales donne également une vision globale qui participe à la mise en lumière de la politique handicap de l'université, aux contraintes et aux axes d'amélioration.

Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif de comprendre les modalités d'accompagnements des personnes en situation de handicap dans le cadre du maintien en emploi. En ma qualité d'assistante sociale et correspondante handicap auprès des personnels de l'université d'Évry au moment de l'étude, le souhait était de faire un état des lieux des connaissances et d'avoir des éléments de compréhensions sur les besoins et les attentes sur les plans individuels, collectifs et organisationnels. De manière sous-jacente, il s'agissait également de savoir comment est perçue ma place en tant qu'acteur de l'accompagnement.

Ainsi, nous avons pu constater à la fois un défaut de connaissance de la politique handicap de l'établissement et des dispositifs particuliers dédiés aux agents en situation de handicap ou d'altération de santé, ce qui en soi n'est pas surprenant au regard du peu de communication faite sur le sujet. Cependant, plus que le défaut d'information générale sur les droits, c'est la question des acteurs et de leur visibilité qui ressort. Si un médecin du travail manque pour le suivi médical des agents, ces derniers semblent avant tout en attente d'une écoute pour parler de leur vécu. Ensuite vient leur besoin d'un accompagnement pour être guidés dans leurs démarches et leur éviter de se sentir seuls face à leur hiérarchie ou leurs collègues. Côté managers, la vision médicale parfois évoquée révèle surtout un besoin d'éléments de compréhension pour anticiper et adapter l'organisation du travail. C'est davantage le besoin d'une personne ressource à contacter et le défaut de concertation pluridisciplinaire qui peut mettre en difficulté les agents, les managers et les collectifs de travaux. Cependant, on note également un besoin de formation pour mieux prendre en compte le handicap et la maladie au travail. Ce point aura été largement souligné par les agents, BIATSS et EEC. Néanmoins, les managers, ne semblent pas tous aussi demandeurs, faisant preuve parfois de préjugés ainsi que de présomptions sur leurs niveaux de connaissances et du bien-fondé de leur action. Ce point nécessite une vigilance pour ne pas creuser cet écart de perception qui a pu s'exprimer. En cela, la formation doit

permettre aux managers d'être plus à l'aise et de mieux intégrer et accompagner la diversité. Elle doit pouvoir favoriser la confiance mutuelle et un management équitable. Enfin, la formation doit être considérée comme un moyen pour mieux cerner les compétences et contribuer à une logique gagnant-gagnant. En cela, les managers sont les acteurs clés dans la mesure où ils connaissent les membres de leurs équipes et les compétences nécessaires. L'accompagnement dans le maintien en emploi passe donc nécessairement par la sensibilisation et la déconstruction des préjugés.

En ce qui concerne la fonction de CH, nous avons pu constater qu'elle n'est pas assez lisible et visible par les agents et les managers. Ce métier émergent et transversal, accolé à ma profession d'assistante sociale est globalement perçu sous le prisme de la charité - souvent étiqueté sur les métiers du social- avec cette notion d'écoute et de secours au travers de financement d'aménagements matériels. C'est une vision centrée sur l'individu qui ne prend pas assez en compte l'approche systémique de chacun de ces deux métiers. Toutefois, nous pouvons établir un lien entre ces deux professions dans leur posture d'accompagnement, avec au demeurant une distinction majeure dans leurs objectifs visés. Pour autant, nous avons vu que l'hétérogénéité des profils des CH au sein du MESR laisse une libre appréciation à chaque établissement pour déterminer leur périmètre d'action et le temps pour assurer cette mission. Ce constat fait à l'échelle ministérielle se retrouve à l'échelon de l'université d'Évry. Cette fonction qui lie stratégie et opérationnel n'est pas suffisamment repérée comme un levier pour prévenir la désinsertion professionnelle et contribuer à la mobilité professionnelle des agents. A l'interface entre la RH et le médico-social, la CH semble laissée également dans une forme de liminalité. Le défaut de formation *ad'hoc* et de réseau inter-fonction publique limitent la mise en œuvre des dispositifs réglementaires comme la PPR. Ces manques compromettent ainsi l'accompagnement efficace dans le maintien en emploi. La circulaire du 17 mars 2022 relative à la mise en place de référents handicap dans la fonction publique de l'État donne un cadrage et fixe les contours d'une formation. Selon Béatrice Valdès, « Il ne s'agit pas tant d'un besoin d'acquisition de connaissances et de compétences que d'un besoin de reconnaissance et de légitimation du métier de référent handicap à travers un diplôme spécifique. » (Valdes, 2022) Pour autant, l'acquisition d'un socle commun de compétences paraît un préalable pour exercer cette fonction. Nous pouvons nous interroger sur le programme de la formation envisagée. Au-delà de connaissances techniques et des typologies de handicap, quelle place sera accordée à la notion d'écoute et à la posture d'accompagnement ? Est-ce que la formation comportera des notions en ergonomie qui semblent nécessaires pour donner une réelle légitimité à cette fonction de conseil auprès de l'individu, du manager et du collectif de travail ?

Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

Dans le cadre de l'étude, outre la place de la CH au sein de l'université d'Évry qui n'est pas assez claire, celles de l'infirmière en santé au travail et de la psychologue sont très peu identifiées par les agents. L'éclatement géographique de cette équipe au sein de l'établissement, conjugué au cumul des missions d'AS-CH et au défaut de communication, semble contribuer à l'insuffisance d'un accompagnement coordonné, efficient et favorisant la confidentialité des échanges. Il a par ailleurs été frappant de constater que peu d'agents et de managers conçoivent l'idée qu'une équipe médico-sociale leur soit dédiée.

Depuis notre enquête, il y a eu une évolution avec la séparation entre mes missions d'AS et celles de CH. J'exerce toujours ma fonction de CH à mi-temps mais j'ai pu bénéficier d'une évolution professionnelle en prenant la responsabilité du service social et de santé au travail. Ce gage de confiance me permet de coordonner, fédérer, développer et soutenir les actions des professionnels médico-sociaux. Une assistante sociale a rejoint l'équipe en janvier et un recrutement d'une psychologue du travail est en cours. L'équipe bénéficie de locaux prompts à la confidentialité. Un projet de convention avec une association de santé au travail est également en cours. Cette nouvelle organisation rend visible chaque professionnelle et donne une autre ampleur à l'exercice de ma mission de CH. La cohérence de cette nouvelle organisation me permet de concentrer mon action sur la sphère professionnelle et de développer les modalités et les dispositifs d'accompagnement précédemment évoqués. L'incitation de la MIPH à la mise en place de ces dispositifs et les outils mis à disposition constituent d'ailleurs un soutien qu'il faut souligner. Cette nouvelle équipe fraîchement constituée devrait être plus visible auprès de la communauté universitaire. Elle évite l'isolement de chaque professionnel et favorise les regards croisés sur les personnels en situation de handicap. Cela renforce le volet prévention qui est au cœur de nos métiers, ce qui devrait favoriser l'accompagnement dans le cadre des RPS et de mieux cerner l'intersectionnalité à travers la mise en place d'une plateforme de signalements contre le harcèlement, les discriminations et les violences sexistes et sexuelles⁶³. Ce croisement des situations viendra en réponse aux critiques formulées par l'ONU lors de son audition de la France en août 2021 en pointant « que la définition actuelle de la discrimination n'inclut pas les formes multiples et intersectionnelles de discrimination fondée sur le handicap et son intersection avec d'autres motifs, tels que l'âge, l'origine technique, l'orientation sexuelle et l'identité de genre » (CIDPH, 2021).

⁶³ La loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique a instauré l'obligation pour chaque établissement public de mettre en place un dispositif de signalement des actes de violence, de discrimination, de harcèlement et d'agissements sexistes. La loi du 24 août 2021 a étendu ce dispositif aux actes portant atteintes volontaires à l'intégrité physique, aux menaces ou tout autre acte d'intimidation dont les personnes peuvent faire l'objet dans l'exercice de leurs fonctions.

Nous avons constaté dans notre étude que les besoins des personnels BIATSS semblent facilement repérables et exprimés par les agents. En revanche il paraît inconcevable aux EEC de demander des aménagements raisonnables. Ils pointent du doigt leurs mauvaises conditions de travail tout en mettant en avant leur propre liberté d'aménagement au prix d'une perte de production de recherche. Les stéréotypes et la crainte d'entacher leur carrière semble être assez présent auprès de cette catégorie de personnels. Cette étude des deux grandes populations de l'université d'Évry aura donc permis de mettre en exergue leur particularisme. Nous avons également vu que les contraintes budgétaires des universités constituent un frein en raison des difficultés de recrutement ou de sous-effectif. Demeurent également des angles morts sur les aménagements possibles, pour les personnels de l'enseignement et de la recherche au regard du contexte tendu dans certaines filières. Par ailleurs, quid de la PPR pour les EEC ? Quel reclassement ? Se sentent-ils la capacité de renoncer à leur profession et au statut associé ? Cela montre le chemin à parcourir pour faire en sorte que le sujet du handicap ne soit plus considéré comme une faiblesse, comme « quelque chose [qui] disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société » (Goffman, 1975, p. 7).

Les dernières mesures incitatives pour favoriser le maintien en emploi permettent d'intégrer de nouvelles personnes dans les catégories de BOE. Cet élargissement aux personnes n'ayant pas forcément une reconnaissance administrative du handicap, constitue une avancée majeure qui va dans le sens des droits de l'homme et de la CIDPH. Cela représente une brèche dans la politique catégorielle. La hausse du vieillissement de la population active et le report de l'âge légal de départ à la retraite, accroissent cette préoccupation des politiques publiques liée à la prévention de la désinsertion professionnelle. Potentiellement on peut s'attendre à une hausse de BOE et donc des besoins d'accompagnement au maintien en emploi. Se posent alors les questions suivantes : comment concilier les besoins avec la baisse des aides du FIPHFP ? Est-ce que les employeurs publics maintiendront le cap et auront la capacité de participer davantage aux financements des aménagements raisonnables ? Cette perspective nécessite « de développer des politiques de prévention et de promotion de la santé au travail, mais il est aussi essentiel que les organisations de travail développent les routines et la flexibilité nécessaires pour accompagner des capacités de travail changeantes – autant de dispositifs qui supposent une transformation des organisations du travail » (Revillard, 2019, p. 90). Cela est d'autant plus important en cette période de mutations sociales et de changement du rapport au travail que la crise COVID a accéléré. Le développement de la contractualisation dans la fonction publique et la fin d'une carrière

Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

dans une même administration obligent également à se questionner sur les passerelles à créer et l'élargissement du réseau d'acteurs pour contribuer au maintien en emploi. Cette étude suscite un besoin de réflexion globale sur les conditions permettant un bien-être au travail pour l'ensemble des personnels. L'accompagnement des PSH est un des éléments à prendre en compte dans cette évolution des services publics en leur permettant d'être au cœur et acteur de leur propre maintien en emploi. Cette volonté en faveur d'une amélioration de la qualité de vie au travail est d'ailleurs un des six engagements de la charte de service public de l'université d'Évry.⁶⁴ La mise en place prochaine d'espaces de discussion sur le travail mettra à égalité l'ensemble des agents. Leur capacité à être force de proposition doit favoriser la démarche de *bottom-up* qui rompt avec le management horizontal et descendant et redonne du pouvoir d'agir à tous. On peut espérer que cela va gommer cette « hiérarchisation sociale des différences » (Winance, 2021). L'inspiration de la philosophie africaine Ubuntu « fondée sur une vision du monde relationnelle » (Murove, 2011) transparait dans cette démarche. Comme le souligne Munyaradzi Félix Murove : « On attend des principes de l'Ubuntu qu'ils imprègnent davantage le secteur public et en réorientent l'identité pour la recentrer sur l'humain » (Murove, *op. cit.*).

Enfin, le pair-accompagnement, plébiscité par les agents et les managers constitue également un levier qui remet de l'horizontalité dans les échanges, du soutien et de l'entraide. Cela suppose une reprise en main des agents de leur parcours professionnel, en favorisant l'*empowerment* que l'ensemble des acteurs institutionnels doivent accompagner. C'est en cela que l'université d'Évry se positionne comme un environnement capacitant, du moins pour les personnels BIATSS et l'organisation entre les BIATSS et les EEC. Cela permet de ne pas perdre de vue « [qu']une organisation sociale est inclusive lorsqu'elle module son fonctionnement, se flexibilise pour offrir, au sein de l'ensemble commun, un « chez soi pour tous » (Gardou, 2012, p. 37).

⁶⁴ Charte des services public de l'université d'Évry : Réinventer la continuité de service public ; Développer un accueil performant, bienveillant et non discriminant ; Être adaptable et favoriser la fluidité ; Assumer un rôle sociétal dans le développement durable et la transition écologique ; Être à l'écoute des usagers ; Agir en faveur de la qualité de vie au travail.

Bibliographie

- Aballea, F., & Simon, C. (2004). *Le service social du travail—Avatars d'une fonction, vicissitudes d'un métier.* Harmattan.
<http://www.harmatheque.com/ebook/2747563243>
- Albrecht, G. L., Ravaud, J.-F., & Stiker, H.-J. (2001). *L'émergence des disability studies : État des lieux et perspectives.* 19(4), 43-73.
- Aubin, C., & Daniel, C. (2020). *Rapport IGAS 2019 -2020 : Handicaps et emploi* (p. 395).
https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_igas-2020-handicapsetemploi_interactif.pdf
- Bacle, P. (2021). *De l'aidé à l'aidant, un métier en devenir.* 3233.
- Barnay, T., & Jusot, F. (2018). *Travail et santé.* SciencesPo les presses.
- Barral, C., & Blaise, J.-L. (2016). La dimension sociale et culturelle de l'environnement. In *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (p. 153-174). De Boeck supérieur.
- Bartholomé, C., & Vrancken, D. (2005). L'accompagnement : Un concept au cœur de l'État social actif. Le cas des pratiques d'accompagnement des personnes handicapées. *Pensée plurielle*, 10(2), 85. <https://doi.org/10.3917/pp.010.0085>
- Baudot, P.-Y. (2016). Le handicap comme catégorie administrative—Instrumentation de l'action publique et délimitation d'une population. *Revue française des affaires sociales*, 4, 63-87.
- Bercot, R., & Tcholakova, A. (2018). Rôles et compétences des référents handicap. In *Inclure sans stigmatiser : Emploi et handicap dans la fonction publique* (p. 213-225). Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Blanc, A. (2006). Handicap et insertion professionnelle : Égalité et démocratie. *Reliance*, 19(1), 42-49. <https://doi.org/10.3917/reli.019.49>
- Blanc, A. (2015). Travail et handicap : Deux frères ennemis ? In *Accessibilité et handicap : Anciennes pratiques, nouvel enjeu* (p. 109-131). Presses universitaires de Grenoble.
- Bonneau-Maynard, H., Boratav, S., Chevalier, S., Colin, C., Demougin, O., Husson, L., Le Coq, S., Monville, C., Sidorok, M., Van Cauteren, A., & Van Den Torren, C. (2019). *Schéma directeur handicap Université Paris-Saclay 2019-2025.*
<https://www.universite-paris-saclay.fr/sites/default/files/media/2020-06/sdh.pdf>
- Butzbach, M. (2021). *La formation, un enjeu pour légitimer la profession.* 3233.
- Calviac, S. (2019). *Le financement des universités : Évolutions et enjeux.* 169, 51-68.
- Chassaing, K., & Waser, A.-M. (2010). *Travailler autrement—Comment le cancer initie un autre rapport au travail.* 23, 99-136.
- Chossy, J.-F. (2011). *Passer de la prise en charge... À la prise en compte.* 127.
- CIDPH. (2021). *Committee on the rights of persons with disabilities—United Nations - Observations finales sur le rapport initial de la France.*
https://www.handicap.fr/static/informations/pdf-docs/rapport_onu_handicap_francais.pdf

- Clot, Y. (2010). *Le travail à coeur : Pour en finir avec les risques psychosociaux*. la Découverte.
- Cytermann, J.-R., & Aimé, P. (2019). La loi « libertés et responsabilités des universités » : Origines, apports et bilan de la mise en œuvre. *Revue française d'administration publique*, 169(1), 21-36. <https://doi.org/10.3917/rfap.169.0021>
- Daubas-Letourneux, V. (2021). *Accidents du travail : Des morts et des blessés invisibles*. Bayard.
- Demaegdt, C. (2015). *Le plaisir au travail et la sublimation à la lumière de la psychodynamique du travail*. 8(193).
- DGAFF. (2022a). *Plan santé au travail dans la fonction publique 2022-2025*. 52.
- DGAFF. (2022b). *Stratégie interministérielle pour l'accompagnement de la mobilité et de l'évolution professionnelle 2022-2024*.
- Favier, M. (2022). *Les établissements et services accueillant des personnes handicapées : Évolution réglementaire, gouvernance, transformation de l'offre et innovation - Devoir UE4 Master 2 Situations de handicap et participation sociale*.
- Fillion, E., Lejeune, A., & Thivet, D. (2021). Recenser et prévenir le handicap, plutôt que lutter contre les discriminations. Les référent.es handicap dans la fonction publique française. *Alter, European journal of disability research, Revue européenne de recherche sur le handicap*, vol. 15, n° 1, pp.71-88.
- Finance, J.-P. (2015). La problématique de l'autonomie des universités. *Administration & Éducation*, 147(3), 61-70. <https://doi.org/10.3917/admed.147.0061>
- FIPHFP (Éd.). (2015). *L'accompagnement des agents en situation de handicap au cours de leur vie professionnelle* (2^e éd.). Chronique sociale.
- FIPHFP (Éd.). (2016). *L'inclusion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap psychique, mental et cognitif : Maintien dans l'emploi d'un agent en situation de handicap dans une administration publique*. Chronique sociale.
- FIPHFP. (2022). *Rapport d'activité et gestion FIPHFP 2021* (p. 81). <https://www.fiphfp.fr/sites/default/files/2022-05/RAPPORT%20ACTIVITE%20ET%20GESTION%20FIPHFP%202021.pdf>
- Gardou, C. (2012). *La société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule*. Érès éd.
- Gaudy, C. (2017). *Guide pratique handicap pour les établissements de l'enseignement supérieur*. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/guide-pratique-handicap-10967.pdf>
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps* (Les éditions de minuit).
- Golay, D., & Udressy, O. (2013). *Donner du sens à ses émotions dans une relation professionnelle : Construction des savoirs et enjeux pour l'intervention sociale*.
- Gros, K. (2019). *Professionaliser le référent handicap : Connaissances, compétences, savoir-être et savoir-faire*. ESF éditeur.
- Gros, K., & Lefranc, G. (2019). *Emploi et handicap : De la culture de la responsabilité sociétale des entreprises à l'émergence de nouvelles formes de travail*. ESF éditeur.
- Guérin, M. (2021). *Communiqué de presse—CIDPH: la Défenseure des droits veillera à la mise en oeuvre des observzgons de l'ONU par la France*. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/cp-defenseur_des_droits_suite_examen_cidph.pdf
- Guével, M.-R. (2018). *Inclure sans stigmatiser : Emploi et handicap dans la fonction publique*. Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

- Guével, M.-R., Darlington, E., Codina, M., Joanny, R., & Pommier, J. (2018). Qualité de vie au travail et situation de handicap. In *Inclure sans stigmatiser : Emploi et handicap dans la fonction publique* (p. 191-206). Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- HAS. (2019). *Santé et maintien en emploi : Prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs—Recommandation de bonnes pratiques*. Haute autorité de santé.
- Hinault, A.-C., Osty, F., & Serval, L. (2019). *Enquêter dans les organisations : Comprendre pour agir*. Presses universitaires de Rennes.
- Jacquinet, P., & Pellissier-Tanon, A. (2022). La révélation, une opportunité pour les entreprises. In *Handicaps invisibles et situations personnelles handicapantes : Comprendre pour agir au travail* (p. 125-163). Presses de l'EHESP.
- Jaffrès, F., & Guével, M.-R. (2017). L'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique. Entre quota et non-discrimination, quelles pratiques des employeurs ? *Travail et emploi*, 152(4), 33-57. <https://doi.org/10.4000/travailemploi.7759>
- Joyeau, A., & Moisdon-Chataigner, S. (2022a). *Handicaps invisibles et situations personnelles handicapantes : Comprendre pour agir au travail*. Presses de l'EHESP.
- Joyeau, A., & Moisdon-Chataigner, S. (2022b). Le concept de handicap invisible en droit et en gestion. In *Handicaps invisibles et situations personnelles handicapantes : Comprendre pour agir au travail* (p. 17-32). Presses de l'EHESP.
- Joyeau, A., & Moisdon-Chataigner, S. (2022c). Reconnaître la situation personnelle handicapante. In *Handicaps invisibles et situations personnelles handicapantes : Comprendre pour agir au travail* (p. 33-51). Presses de l'EHESP.
- Korff Sausse, S. (1996). *Le miroir brisé : L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. A. Fayard-Pluriel.
- Korff Sausse, S. (2020). Un invité indésirable—Le handicap acquis dans la clinique et la littérature. In *Quand le handicap s'invite au cours de la vie* (p. 13-26). Érès.
- Ladouceur, B. (2009). Norbert Alter, Donner et prendre. La coopération en entreprise. *Lectures*. <https://doi.org/10.4000/lectures.815>
- Lecocq, C., Coton, P., & Verdier, J.-F. (2019). *Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la fonction publique : Un devoir, une urgence, une chance*. 113.
- Lemay, R., Delhon, L., & Jaeger, M. (2018). *Valoriser par les rôles sociaux : Une dynamique pour l'inclusion*. Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- MESR-DGRH. (2021). *Bilan social 2019-2020*. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/2022-01/bilan-social-2019-2020-16241.pdf>
- Mucchielli, R. (2019). *La dynamique des groupes* (25e éd). ESF sciences humaines.
- Murove, M. F. (2011). L'Ubuntu. In K. C. Mabana (Éd.), *Africana : Une philosophie de l'Africanité* (p. 44-59). Presses Univ. de France.
- Nuss, M. (2016). *Oser accompagner avec empathie : Handicap, perte d'autonomie*. Dunod.
- ONU. (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif* (p. 38). <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>
- Paul, M. (2004). *L'accompagnement : Une posture professionnelle spécifique*.
- Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*, 110(3), 13-20. <https://doi.org/10.3917/rsi.110.0013>

- Paul, M. (2016). *La démarche d'accompagnement : Repères méthodologiques et ressources théoriques*. De Boeck supérieur.
- Pezé, M. (2021). Esclaves ou athlètes de la vitesse. In *Les servitudes du bien-être au travail : Impacts sur la santé* (p. 69-88). Éditions Érès.
- Ravaud, J.-F. (1999). *Modèle individuel, modèle médical, modèles social : La question du sujet*. 81, 64-75.
- Revillard, A. (2019). *Handicap et travail*. SciencesPo les presses.
- Revillard, A. (2020). *Des droits vulnérables : Handicap, action publique et changement social*. SciencesPo, les presses.
- Rinaldi, R., Olano, M., Thérizols, A.-C., Siaud-Facchin, J., & Navarre, M. (2020). L'estime de soi, un besoin fondamental. *Sciences humaines*, 330, 28-47.
- Santé Publique France. (2022, octobre 18). *Compétences psychosociales (CPS)*. <https://www.santepubliquefrance.fr/competences-psychosociales-cps>
- Stiker, H.-J. (2013). *Corps infirmes et sociétés : Essais d'anthropologie historique* (Nouvelle éd). Dunod.
- Stiker, H.-J., Puig, J., & Huet, O. (2009). *Handicap et accompagnement : Nouvelles attentes, nouvelles pratiques*. Dunod.
- Tisserant, G. (2012). *Le handicap en entreprise, contrainte ou opportunité ? Vers un management équitable de la singularité*. Pearson.
- Valdes, B. (2022). Les référents handicap dans la fonction publique, des missions variées dans un contexte encore peu professionnalisé. *Revue française des affaires sociales*, 1, 109-131. <https://doi.org/10.3917/rfas.221.0109>
- Ville, I., Fillion, E., & Ravaud, J.-F. (2020). *Introduction à la sociologie du handicap : Histoire, politiques et expérience* (2e éd). De Boeck supérieur.
- Viry, L. (2006). *Le monde vécu des universitaires ou La République des Egos*. Presses universitaires de Rennes.
- Winance, M. (2021). Appréhender la pluralité des personnes handicapées et la complexité de leurs expériences : Que faire des différences ? *Revue française des affaires sociales*, 1, 23-36. <https://doi.org/10.3917/rfas.211.0023>
- Winance, M., Ville, I., & Ravaud, J.-F. (2007). Disability Policies in France : Changes and Tensions between the Category-based, Universalist and Personalized Approaches. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 9(3-4), 160-181. <https://doi.org/10.1080/15017410701680795>
- Zribi, G. (2021). *Inclusion et handicap mental et psychique : Le rôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Presses de l'École des hautes études en santé publique.

Liste des annexes

Annexe 1 : Fiche de poste Correspondant.e handicap MESR

Annexe 2 : Dispositif d'intégration et de suivi individuel des agents en situation de handicap

Annexe 3 : Questionnaire *flash*

Annexe 4 : Guide d'entretiens auprès des agents

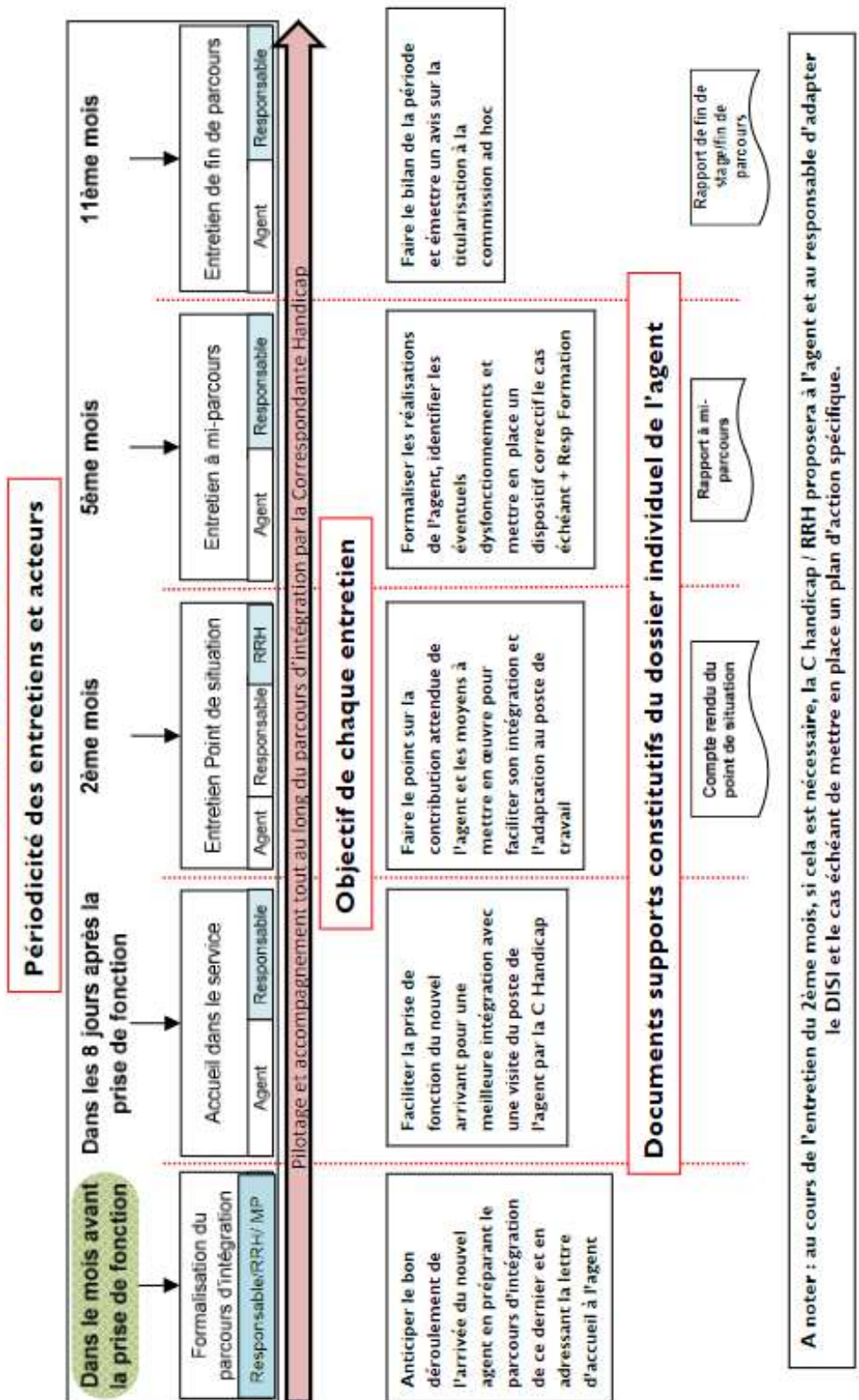
Annexe 5 : Guide d'entretiens auprès des managers

ANNEXE 1

i	Intitulé de l'emploi type	Branche d'activité professionnelle
	Correspondant handicap	Ressources humaines
Mission	Mettre en œuvre et promouvoir la politique ministérielle en faveur de l'insertion professionnelle et du maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap dans la structure de rattachement	
Exemples de métiers	Correspondant handicap de l'administration centrale Correspondant handicap académique Correspondant handicap d'établissement d'enseignement supérieur	
Famille d'activité professionnelle		Correspondance statutaire
Ressources humaines		A
FAP REME		ET de rattachement (REME)
Activités principales (5à 10)		
<p>Organiser et mettre en œuvre des plans d'actions, participer à leur évaluation Préparer et recueillir les éléments nécessaires à la déclaration annuelle des bénéficiaires de l'obligation d'emploi Accueillir et accompagner les personnes en situation de handicap Assurer le suivi individuel des agents en situation de handicap en lien avec les services concernés Contribuer à la sensibilisation, l'information et la formation de l'ensemble des personnels Améliorer la visibilité de la politique handicap et la valoriser Participer aux commissions de recrutement des bénéficiaires de l'obligation d'emploi et à leur organisation Participer aux groupes de travail concernant les personnels en situation de handicap et d'inaptitude Assurer le suivi financier des dépenses relatives au handicap Impulser et coordonner l'ensemble des actions avec toutes les parties prenantes, y compris les partenaires extérieurs</p>		
Conditions particulières d'exercices		
<p>Contraintes de délais à respecter Disponibilité en fonction de l'activité Déplacements éventuels Interaction indispensable avec l'ensemble des interlocuteurs Obligation de respecter le secret statistique ou professionnel dans le cadre législatif existant</p>		
Compétences principales		
Connaissances		
<p>Connaissances générales des ressources humaines Connaissance des textes législatifs et réglementaires du domaine Politiques, dispositifs et procédures propres au champ d'intervention Moyens et méthodes d'accompagnement des personnels en situation de handicap et d'inaptitude Culture du domaine Organisation et conditions de travail</p>		
Compétences opérationnelles		

Conduire des entretiens Mobiliser et animer Savoir représenter l'établissement Évaluer des compétences et détecter des potentiels Mettre en place des dispositifs de formation Réaliser des évaluations et des bilans			
Animer un réseau / un groupe Communiquer et faire preuve de pédagogie Gérer les relations avec ses interlocuteurs Jouer un rôle de conseil et d'aide à la décision Savoir gérer son activité dans un calendrier et un cadre de gestion complexe			
Compétences comportementales (il faut en retenir 3 seulement)			
Créativité / Sens de l'innovation Capacité d'écoute Sens de la confidentialité			
Diplôme réglementaire exigé - Formation professionnelle si souhaitable			
Tendances d'évolution			
Développement de politiques transversales Développement de l'emploi des personnes en situation de handicap Allongement de la vie professionnelle			
Impacts sur l'emploi-type (qualitatif)			
Développement du travail en réseau, partenarial, interministériel et avec les collectivités territoriales Rôle accru d'aide à la décision et de conseil Renforcement de l'accompagnement des personnels en situation de handicap (obligation d'emploi)			
Ancien Code ET (REFERENS)		Ancien intitulé ET(REFERENS)	

Dispositif d'intégration et de suivi individuel handicapé : Les modalités



ENQUÊTE « FLASH »

Dans le cadre de l'amélioration des services proposés à l'ensemble de la communauté universitaire, la DRH aimerait recueillir votre avis sur l'une de ses missions. Nous vous remercions de prendre **2 minutes** pour répondre à ce **sondage anonyme** composé de 5 questions fermées :

1. Connaissez-vous la politique handicap dans la fonction publique en faveur de l'ensemble des personnels titulaires, contractuels et des apprentis ? oui non
2. Connaissez-vous la politique handicap en faveur de l'ensemble des personnels EEC et BIATSS ? oui non
3. Connaissez-vous les droits et les aides possibles de l'employeur pour les agents en situation de handicap ? oui non
4. Savez-vous qu'il y a une correspondante handicap pour les personnels ? oui non
 - a. Si oui, connaissez-vous les missions de la correspondante handicap ? oui non
5. Estimez-vous être limité/impacté dans vos activités professionnelles à cause d'un problème de santé ou un handicap ? oui non

Vous êtes :

Femme Homme Votre âge : - de 25 ans 26-40 ans : 41-55 ans + de 55 ans :

EEC : BIATSS : - Grade : A B C

Titulaire Contractuel dans ce cas, CDD CDI

Votre ancienneté : - de 3 ans de 3 à 5 ans + de 5 ans

Une fois le sondage rempli, apparaissait :

En qualité de Correspondante handicap pour les personnels de l'UEVE, rattachée à la DRH, je poursuis actuellement un Master 2 de Santé Publique intitulé « situations de handicap et participation sociale ». Je prépare mon mémoire professionnel sur le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap (reconnu ou non) et plus précisément sur les modalités permettant de conjuguer handicap et vie professionnelle. Dans cet objectif, accepteriez-vous que l'on se rencontre dans le cadre d'un entretien confidentiel et anonymisé ? Dans l'affirmative, je vous propose de me contacter pour convenir d'un temps d'échange avant fin juin :

Vos coordonnées :

Je vous remercie sincèrement de votre contribution à ce sondage et pour votre participation éventuelle à cette recherche qui vise une amélioration des modalités d'accompagnement des personnels en situation de handicap.

Marie Favier

GUIDE D'ENTRETIEN AGENTS RECONNUS ADMINISTRATIVEMENT OU NON EN SITUATION DE HANDICAP

Présentation Parcours santé Conditions de travail Projet prof/carrière Connaissances
politique du handicap Modalités d'accompagnement actuelles Vos idées /Attentes/besoin
Formation/communication/sensibilisation la politique de l'établissement

INTRODUCTION :

Je poursuis un Master 2 de Santé Publique à l'EHESP intitulé « Situations de handicap et participation sociale ». J'ai souhaité poursuivre ce cursus dans le cadre de mes fonctions de correspondante handicap des personnels de l'université. Dans un souci de compréhension et d'amélioration des services pour l'ensemble des agents, je m'intéresse tout particulièrement à la problématique de l'accompagnement dans le cadre du maintien dans l'emploi. Afin de recenser des premiers éléments de connaissances de la communauté universitaire, j'ai donc lancé un sondage via la DGS en date du 10 mai. Ce sondage avait également pour vocation à demander la participation aux entretiens des personnels qui se sentent concernés par la problématique de handicap ou de fragilité de santé et de l'impact que cela peut avoir sur la sphère professionnelle. L'objet de notre rencontre aujourd'hui va permettre de contribuer à ce mémoire de recherche et je vous remercie vivement pour votre participation.

Présentation de l'agent

- Nom/prénom/âge
- Service/grade/statut/ancienneté à l'UEVE
- Vos fonctions/missions
- Vos modalités de travail : temps plein, temps partiel. Quel jour artt ou demi-jour/sem
- Vous vivez seul.e ? Enfant(s) ?
- Vous habitez proche ou loin de l'université ? Est-ce une volonté ou un hasard ? Avantages/inconvénients ?

Votre parcours de santé

2. Acceptez-vous de me dire quel est votre handicap ou votre fragilité de santé ?
3. Comment et quand avez-vous appris votre handicap ou votre pathologie ?
4. Vous sentez-vous en situation de handicap ? Qu'est-ce que cela signifie pour vous cette notion ? Qu'évoque pour vous ce mot handicap ?
5. Avez-vous une RQTH ? Ou tout autre justificatif de BOE ? Avez-vous une ou plusieurs ALD ?
6. De quand date votre dernière visite médicale ? Etait-ce dans le cadre réglementaire (visite annuelle ou quinquennale) ou à votre demande ? Avez-vous eu des préconisations médicales particulières ? Avez-vous eu des restrictions d'aptitude ? Si oui, lesquelles ?

7. Avez-vous renoncé à demander une visite médicale au motif qu'il n'y a plus de médecin du travail ? Savez-vous qu'une visite auprès d'un médecin agréé est possible ? Et savez-vous auprès de qui vous adresser pour cela ?
8. Etes-vous régulièrement en arrêt en raison de votre pathologie/handicap ? Avez-vous déjà été en CLM/CLD, TPT, CLM fractionné ? Si oui, quand et combien de temps ? Si + de 3 mois quel impact ? Avez-vous une complémentaire santé pour compenser le demi-traitement ? Comment se sont passées les démarches ?
9. Savez-vous ce qu'est un aménagement de l'environnement de travail ? Est-ce que vous avez eu un ? si oui, lequel ? Quand ?

Conditions de travail

10. Quel est votre parcours professionnel ?
11. Pouvez-vous me parler de votre service : particularité et stabilité ou pas de l'équipe (*turn-over, sous-effectif chronique*)
12. Vous sentez-vous valorisé.e et reconnu.e dans votre travail ? Pourquoi ?
13. Avez-vous une marge de manœuvre au travail ? Et pour vous organiser dans vos tâches professionnelles quotidiennes ?
14. Est-ce que votre handicap ou fragilité de santé a eu ou peut avoir un impact sur votre parcours professionnel ?
15. Avez-vous parlé de votre situation de santé avec vos collègues ? Votre responsable ? Pourquoi ?
16. Est-ce que votre situation de santé ou votre handicap est suffisamment prise en compte selon vous dans l'organisation du travail au sein de l'équipe ? Comment cela se traduit ? Comment cela se passe avec vos collègues ?
17. Vous sentez-vous compris.e ? Et vue avec les mêmes compétences qu'avant ou que vos collègues ?
18. Avez-vous trouvé un changement d'attitude suite à votre handicap/situation de santé ? (*pour ceux qui auraient déclaré un handicap une pathologie en cours de carrière*)
19. Si arrêt long, quels liens avez-vous avec vos collègues et responsables durant votre absence ? Et comment s'est passé le retour ? Avez-vous été remplacé durant votre absence ?
20. Y a-t-il eu une réorganisation des missions/charge de travail dans votre service au regard de votre situation de fragilité de santé/handicap ?
21. Globalement quelle est la place du travail dans votre vie ? A-t-il du sens ? Trouvez-vous une évolution depuis vos débuts dans ce poste et dans l'université ? Si oui, lesquelles ?

Carrière/projets professionnels

22. Avez-vous un projet d'évolution professionnel ? Vous sentez-vous contraintes dans vos projets professionnels ?
23. Vous sentez-vous freiné dans vos possibilités de carrière, mobilité, transition professionnelle ?
24. Et envisagez-vous ou avez-vous déjà envisagé ou renoncé à une formation pour faire autre chose ? Ou pour une autre raison ? (*problème d'accessibilité, fatigabilité, charge de travail*)
25. Savez-vous que des conditions spécifiques existent pour la mobilité professionnelle en cas de reconnaissance administrative ?

Marie FAVIER - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - 2021-2022

26. Si des ponts existaient entre les 3 FP, pensez-vous que cela serait une bonne chose ? Et de pouvoir poursuivre votre carrière en dehors de la FP si cela vous maintenait en emploi ?
27. Avez-vous déjà effectué une mobilité professionnelle en lien avec votre handicap ou pour raison de santé ? Si oui, de quel type ? A quel moment ? Pour passer de quel métier à quel métier ? Avez-vous été accompagné dans cette transition professionnelle ? Si oui, par qui ? A votre demande ? Ou décision médicale ?
28. Que pensez-vous de la mise en place du télétravail ? Combien de jour ? impact sur votre santé ? Négatif ou/et positif ? Et sur les plans famille, financier, loisirs, sports, vie sociale ?
29. Projet Paris-Saclay : comment le percevez-vous la fusion ? Etes-vous inquiet ? ou au contraire cela vous semble être synonyme de nouvelles opportunités professionnelles ?

Connaissances politique du handicap

30. Savez-vous qu'il y a une législation européenne et française sur le handicap ?
31. Connaissez-vous la loi de 2005 ? La notion d'aménagement raisonnable (mesure appropriée en France) ? Les obligations de l'employeur en termes d'inclusion et de maintien dans l'emploi ?
32. Savez-vous qu'il existe des aides publiques pour maintenir en emploi ?
33. Savez-vous que l'UEVE a une convention avec le FIPHFP ? Et à quoi cela sert ?
34. Pensez-vous que la mobilité professionnelle pour raison de santé ou de handicap est possible ? Connaissez-vous les modalités pour aider à la mobilité dans la FP pour les agents reconnus en situation de handicap ? Si oui, que connaissez-vous ?
35. Savez-vous qu'il y a de nouvelles dispositions facilitant la carrière des personnes ayant un handicap reconnu administrativement (RQTH ...) ? Loi de 2018 Choisir son avenir professionnel et Loi 2019 TFP. *Comme dispositif expérimental de détachement et intégration, , PPR, portabilité des équipements...*
36. Savez-vous quelles sont les modalités ou instances internes et externes permettant d'éviter la désinsertion professionnelle ? (*en cas d'inaptitude, restrictions, AT/MP*) ?
37. Savez-vous quels types d'aides sont mobilisables et auprès de qui et comment ? ex : étude ergonomique, aménagement environnement de travail ?

Les modalités d'accompagnement actuelles

38. Que signifie pour vous « accompagner » ?
39. Quelles sont la ou les personne(s) susceptible(s) de vous accompagner pour faciliter votre maintien en/dans l'emploi ?
40. Avez-vous ou ressentez-vous un besoin de soutien et d'accompagnement dans votre quotidien de travail au regard de votre fragilité de santé/votre handicap ? Par qui ? Que signifie pour vous « être accompagné » ?
41. Quels sont d'après vous les acteurs de l'accompagnement dans le cadre du maintien en emploi ?
42. Aviez-vous connaissance de ma fonction de correspondante handicap ? Saviez-vous que c'est une obligation réglementaire d'avoir un.e CH ? Savez-vous en quoi consiste ma fonction de correspondante handicap ? Faites-vous la distinction avec mes missions d'AS ?

43. Savez-vous qui compose le service de santé au travail actuellement ? Et connaissez-vous leur périmètre d'intervention ?
44. Avez-vous des attentes particulières envers la RH, la santé au travail, moi en qualité de correspondante handicap ou en qualité d'assistante sociale ? D'autres acteurs qui peuvent contribuer à l'accompagnement des personnels ?

Vos idées sur d'autres modalités d'accompagnement

45. Qu'est-ce qui pourrait être mis en place pour améliorer votre quotidien au travail ?
46. Qu'est-ce qui permettrait de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle au regard de votre situation de santé ?
47. Et que pourrait-on envisager comme type d'accompagnement pour favoriser le maintien dans l'emploi ? auprès de qui ? (*agents, managers, collectif*) Et par qui ? (*interne et externe*)
48. Connaissiez-vous des collègues qui ont un handicap/même pathologie que vous (ou ont eu) ? Si oui, qu'est-ce que cela vous apporte dans votre quotidien de travail ? Recommanderiez-vous ce type de soutien ?
49. Que penseriez-vous de système d'entraide et d'accompagnement par des professionnels extérieurs ?
50. Selon vous, comment permettre une meilleure prise en compte des situations de handicap ou de fragilité de santé au travail ?
51. Est-ce qu'il y aurait un relais de proximité sur lequel s'appuyer ? (*assistant de prévention, autre ?*)

Formation / communication / sensibilisation

52. Savez-vous qu'une formation de sensibilisation au handicap est proposée dans la catalogue de formations depuis 2021 pour l'ensemble des personnels ? Pensez-vous que cela pourrait aider l'équipe à mieux comprendre le handicap en général et à voir comment s'organiser pour compenser le handicap ?
53. Et pensez-vous que cela doit être facultatif ou obligatoire ? Pour qui ?
54. Est-ce que vous savez qu'il existe une semaine annuelle européenne consacrée aux PSH et l'emploi ? Est-ce que ce type d'action de sensibilisation de sensibilisation vous paraît utile ? Et auriez-vous des idées, des suggestions sur le format ?
55. Pensez-vous qu'il y ait suffisamment de communication sur les acteurs qui peuvent vous accompagner ?
56. Pensez-vous qu'il y ait suffisamment d'information sur les modalités de reconnaissance du handicap ? *Démarche RQTH...*

La politique de l'établissement

57. Trouvez-vous que l'UEVE a une plutôt une politique inclusive ? Pourquoi ?
58. Trouvez-vous l'université bienveillante/attentive au bien-être de ses personnels ?
59. Quels sont selon vous les points positifs des conditions de travail au sein de l'université ?
60. Quels sont selon vous les points négatifs ? Pourquoi ?

GUIDE D'ENTRETIEN MANGERS

INTRODUCTION :

Je poursuis un Master 2 de Santé Publique à l'EHESP intitulé « Situations de handicap et participation sociale ». J'ai souhaité poursuivre ce cursus dans le cadre de mes fonctions de correspondante handicap des personnels de l'université. Dans un souci de compréhension et d'amélioration des services pour l'ensemble des agents, je m'intéresse tout particulièrement à la problématique de l'accompagnement dans le cadre du maintien dans l'emploi. Afin de recenser des premiers éléments de connaissances de la communauté universitaire, j'ai donc lancé un sondage via la DGS en date du 10 mai. Ce sondage avait également pour vocation à demander la participation aux entretiens des personnels qui se sentent concernés par la problématique de handicap ou de fragilité de santé et de l'impact que cela peut avoir sur la sphère professionnelle. L'objet de notre rencontre aujourd'hui va permettre de contribuer à ce mémoire de recherche et je vous remercie vivement pour votre participation.

Votre Direction/Service

- 1) Quel est votre service ? Effectif cible et effectif réel ? Missions ?
- 2) Quelle est la part de contractuels et de fonctionnaires ?
- 3) Est-ce que votre équipe est complète ou est-elle en sous-effectif ? turn-over fréquent ?
- 4) Quel est l'âge moyen de votre équipe ?
- 5) Avez-vous un ou plusieurs agents en situation de handicap ou ayant une fragilité déclarée ? Handicap congénital ou acquis ?
- 6) Avez-vous des collaborateurs qui sont partis en retraite pour invalidité ? Si oui, à quel âge ? Ou qui sont arrivés dans le cadre d'une mobilité professionnelle en raison de leur problème de handicap/ de santé ? Et inversement si des collaborateurs sont partis du service pour raison de santé ?

Vos connaissances sur le handicap

- 5) C'est quoi pour vous une personne en situation de handicap ? Et connaissez-vous les types de handicap ?
- 6) En tant que manager, vous sentez-vous à l'aise vis-à-vis de PSH ou des personnes ayant des fragilités de santé ? Est-ce que vous vous sentez mal à l'aide ou ne savez pas comment agir et réagir au quotidien avec une personne en situation de handicap ?

Connaissances politique du handicap

- 7) Savez-vous qu'il y a une législation européenne et française sur le handicap ?
- 8) Connaissiez-vous la loi de 2005 ?
- 9) Les obligations de l'employeur en termes d'inclusion et de maintien dans l'emploi ? Connaissiez-vous les obligations de l'employeur envers les PSH reconnues administrativement ou reconnues inaptes pour éviter la désinsertion professionnelle ?

- 10) Savez-vous qu'il existe des aides publiques pour maintenir en emploi ? Et savez-vous quels types d'aides sont mobilisables et auprès de qui et comment ? ex : étude ergonomique, aménagement environnement de travail ? *La notion d'aménagement raisonnable (mesure appropriée en France)*
- 11) Savez-vous que l'UEVE a une convention avec le FIPHFP ? Et à quoi cela sert ?
- 12) Estimez-vous être suffisamment informé sur les dispositifs RH et les droits des fonctionnaires et évolution de la législation en faveur des personnels ? CLM, CLD, TPT....
- 13) Pour éviter une désinsertion professionnelle et faciliter la mobilité dans la FP, savez-vous que de nouveaux dispositifs existent depuis la loi de TFP de 2019 ? *Comme dispositif expérimental de détachement et intégration, , PPR, portabilité des équipements...*
- 14) Pensez-vous que la mobilité professionnelle pour raison de santé ou de handicap est possible ? Connaissez-vous les modalités pour aider à la mobilité dans la FP pour les agents reconnus en situation de handicap ? Si oui, que connaissez-vous ?
- 15) Savez-vous quelles sont les modalités ou instances internes et externes permettant d'éviter la désinsertion professionnelle ? *(en cas d'inaptitude, restrictions, AT/MP) ?*

Le collectif de travail

- 16) Comment cela se passe dans l'équipe ? Impact sur le collectif de travail ?
- 17) Est-ce que vous avez l'impression de pouvoir être égalitaire ou équitable ?
- 18) Est-ce que vous avez dû prendre en compte des restrictions d'aptitude ou des TPT ? De quel(s) type(s) ? Comment cela s'est passé ?
- 19) Quand il y a une nécessité de répartir le travail d'un agent PSH comment cela se passe dans l'équipe ?
- 20) Comment l'aménagement de l'environnement de travail est perçu par les collègues ?
- 21) Avez-vous un ou des agents en arrêt perlé ou de longue durée ? Savez-vous pourquoi ? Comment palliez-vous et réorganisez le travail ? Remplacement ?
- 22) Avez-vous des collaborateurs en ASA COVID ? Comment gérez-vous en leur absence ? Quelle organisation ? Recrutement ?
- 23) Comment se passe le retour d'un agent ?
- 24) Vous arrive-t-il d'être le seul informé d'une problématique de santé d'un de vos agents ? Comment composez-vous avec cela au regard de l'équipe ? Est-ce que vous vous êtes senti en difficulté ? Comment avez-vous réagi et qu'avez-vous pu mettre en place ou pas ?
- 25) Est-ce qu'avoir un collaborateur en situation de handicap ou avec une fragilité de santé peut s'avérer compliqué à gérer en tant que manager d'une équipe ? D'un service ?
- 26) Quel est l'impact du télétravail pour l'organisation du travail ? Est-ce un atout ou un frein ? Avez-vous des agents en télétravail notamment pour raison de santé ? Et percevez-vous un impact positif sur le travail des PSH ?

Les dispositifs d'accompagnement

- 27) Vous sentez-vous suffisamment accompagné et soutenu face à une situation de handicap ? Et quels sont d'après vous les acteurs de l'accompagnement dans le cadre du maintien en emploi ? A titre individuel et collectif (*psychologue du travail, AS, CH, IST*)
- 28) Qu'est-ce qui fait défaut actuellement dans les modalités d'accompagnement ? Qu'attendez-vous ou attendriez-vous en termes d'accompagnement en tant que manager ?
- 29) Estimez-vous que les agents qui reviennent suite à une longue maladie sont suffisamment accompagnés et que vous et le collectif l'êtes aussi ?
- 30) Auriez-vous des suggestions particulières qui amélioreraient à la fois l'accompagnement de l'agent mais aussi celle des équipes et des managers ? Quel process/dispositif serait à mettre en place ?
- 31) Est-ce qu'il faudrait envisager des personnes relais de proximité ? Si oui, qui ?
- 32) Qu'est-ce qui permettrait de mieux concilier vie de l'agent et vie du collectif de travail selon vous ?
- 33) Et que pourrait-on envisager comme type d'accompagnement pour favoriser le maintien dans l'emploi ? auprès de qui ? (*agents, managers, collectif*) Et par qui ? (*interne et externe*)
- 34) Pensez-vous que des collègues qui ont un handicap/même pathologie qu'un autre agent pourrait être des personnes ressources pour leur collègue ?
- 35) Que penseriez-vous d'un accompagnement par des professionnels extérieurs sur le milieu de travail pour certains handicaps particuliers ou après certaines maladies graves ?

La sensibilisation/formation/communication

- 36) Pensez-vous être suffisamment sensibilisé ? Et votre équipe ?
- 37) Vous sentez-vous suffisamment formé pour valoriser des compétences de personnes ayant un développement cérébral singulier ? Type dyslexie ? HPI, TSA ?
- 38) Savez-vous qu'une formation de sensibilisation au handicap est proposée dans le catalogue de formations depuis 2021 pour l'ensemble des personnels ? Pensez-vous que cela pourrait aider l'équipe à mieux comprendre le handicap en général et à voir comment s'organiser pour compenser le handicap ?
- 39) Et pensez-vous que cela devrait être facultatif ou obligatoire ? En individuel ou en collectif ? Pour qui ?
- 40) Est-ce que vous savez qu'il existe une semaine annuelle européenne consacrée aux PSH et l'emploi et que des actions de sensibilisations sont proposées chaque année ? Est-ce que ce type d'action de sensibilisation de sensibilisation vous paraît utile ? Et auriez-vous des idées, des suggestions de thème et sur le format ?
- 41) Pensez-vous qu'il y ait suffisamment de communication sur les acteurs qui peuvent accompagner ?
- 42) Pensez-vous qu'il y ait suffisamment d'information sur les démarches de reconnaissance du handicap ? *Démarche RQTH...* et les dispositifs d'aides ? Que ce

soit à titre individuel ou en tant que manager ? Qu'est-ce qui pourrait vous être utile ?

La politique de l'établissement

- 43) Trouvez-vous que l'UEVE a une plutôt une politique inclusive ? Pourquoi ?
- 44) Trouvez-vous l'université bienveillante/attentive au bien-être de ses personnels ?
- 45) Quels sont selon vous les points positifs des conditions de travail au sein de l'université ?
- 46) Quels sont selon vous les points négatifs ? Pourquoi ?

NOTE D'OBSERVATION

FAVIER	Marie	23 juin 2023
Master 2		
Situations de handicap et participation sociale		
L'enjeu d'un travail en réseau pour maintenir en emploi les personnes en situation de handicap. Étude des modalités d'accompagnement au sein de l'université d'Évry		
Promotion 2021-2022		
<p>Résumé :</p> <p>Le maintien en emploi représente un enjeu majeur dans la mesure où le handicap survient majoritairement en cours de vie. Le référent handicap est un acteur clé pour accompagner les personnes dans leur parcours professionnel. Pour autant, les facteurs de réussite du maintien en emploi reposent sur un réseau d'acteurs. Ce mémoire s'intéresse au contexte de l'enseignement supérieur et de sa particularité au regard de ses deux catégories de populations qui la composent : personnels de l'enseignement et de la recherche et personnels administratifs et techniques. L'étude menée au sein de l'université d'Évry par la référente handicap, permet de s'interroger sur la visibilité de cette fonction exercée à temps partiel. Elle met également en exergue la nécessaire pluridisciplinarité qui permet de remettre l'agent au cœur de sa trajectoire professionnelle. L'analyse des attentes et des besoins des personnes, des managers et du collectif, participent ainsi à la détermination de leviers à activer pour accompagner au mieux les personnes en situation de handicap dans leur maintien en emploi.</p> <p>Keeping people in work is a major challenge, given that most disabilities occur during the course of a person's life. The disability advisor is a key player in supporting people in their career development. However, the success of job retention depends on a network of players. This dissertation looks at the context of higher education and its particularities in terms of the two categories of people who make it up: teaching and research staff and administrative and technical staff. The study carried out at the University of Evry by the Disability Officer raises questions about the visibility of this part-time function. It also highlights the need for a multi-disciplinary approach that puts the employee back at the heart of his or her career path. By analysing the expectations and needs of people with disabilities, managers and staff as a whole, we are able to identify the levers that need to be activated to provide the best possible support for people with disabilities to remain in employment.</p>		
<p>Mots clés : Accompagnement, maintien en emploi, politique du handicap, fonction publique d'Etat, référent handicap, enseignement supérieur, université</p>		
<p><i>L'Université de Rennes 1, l'École des Hautes Etudes en Santé Publique et l'Université Rennes 2 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire : Ces opinions doivent être considérées comme propres à son auteur.</i></p>		