



EHESP

Attaché d'administration hospitalière

Promotion : **2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**Le reclassement des personnels
hospitaliers : un enjeu crucial en
matière d'optimisation des ressources
humaines**

Alexia LABAT

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier Julien ROSSIGNOL, Directeur des Ressources Humaines du Centre Hospitalier de la Côte Basque, pour son accueil bienveillant et son aide, notamment en me permettant d'accéder à toutes les données dont j'ai eu besoin.

Je remercie très sincèrement ma maitre de stage, Stéphanie CORNEC, attachée d'administration hospitalière à la Direction des Ressources Humaines du Centre Hospitalier de la Côte Basque, pour sa disponibilité, son écoute et son soutien durant l'élaboration de ce mémoire et l'ensemble de mon stage. Elle m'a guidée dans mon travail et prodiguée des conseils précieux.

Je tiens particulièrement à remercier Christiane BOSSAVIE, responsable de la cellule formation au sein de la Direction des Ressources Humaines, qui m'a soutenue et orientée lors de mon stage ainsi que dans mes recherches. Ses judicieux commentaires ont permis d'alimenter ma réflexion.

Mes remerciements vont également à Hélène CHRETIEN et Marie-Thérèse BETTON pour leur contribution. Elles ont toutes deux accepté de répondre à mes nombreuses questions durant mes recherches et elles ont nourri mon mémoire de leur expérience.

Je souhaite, en outre, remercier l'ensemble du personnel du Centre Hospitalier de la Côte Basque avec qui j'ai pu échanger tout au long de mon stage et particulièrement les agents de la Direction des Ressources Humaines.

Enfin, je voudrais remercier les intervenants de l'EHESP qui ont concouru à la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1 <u>Le reclassement professionnel : le contexte règlementaire et sa mise en œuvre au Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB)</u>	5
1.1 La réglementation applicable dans la fonction publique hospitalière	5
1.1.1 Les dispositions statutaires relatives au reclassement dans la fonction publique hospitalière	5
1.1.2 Les conséquences de gestion en ressources humaines au sein des établissements publics de santé	9
1.2 Les procédures de reclassement au CHCB	11
1.2.1 L'agent au cœur du dispositif de reclassement du CHCB	11
1.2.2 La mise en place d'une Commission de REclassement et des Postes Aménagés (CREPA) afin d'améliorer le dispositif de reclassement au CHCB	14
2 <u>Un double constat préoccupant en termes de santé au travail et de gestion administrative</u>	17
2.1 Un personnel inapte à ses fonctions de plus en plus important	17
2.1.1 Une augmentation des inaptitudes pour raison de santé	17
2.1.2 Des conséquences sur la gestion des compétences et des carrières	21
2.2 Une pénurie de solutions de reclassement satisfaisantes	23
2.2.1 Un manque de postes adéquats pour reclasser les personnels	23
2.2.2 Les réticences des personnels à être reclassé	25
3 <u>La prévention des risques professionnels, une nécessité pour améliorer la situation et éviter les reclassements</u>	27
3.1 L'anticipation des risques et la coordination de l'ensemble des acteurs indispensables	27
3.1.1 L'identification et l'organisation des postes de travail	27
3.1.2 Une politique de formation renforcée et ciblée	29
3.2 Les limites du reclassement	31
3.2.1 Un pilotage national et harmonisé qui fait défaut	31
3.2.2 L'impossibilité de reclassement	34
Conclusion	37
Sources et bibliographie	39
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH : attaché d'administration hospitalière

AEQ : agent d'entretien qualifié

AGEFIPH : association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées

AM : agent de maîtrise

AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris

ARH : agence régionale de l'hospitalisation

ARS : agence régionale de santé

AS : aide soignantes

ASH : agent de service hospitalier

ATI : allocation temporaire d'invalidité

BOE : bénéficiaires de l'obligation d'emploi

CAP : commission administrative paritaire

CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CGPA : comités locaux de gestion personnalisée des agents

CH : centre hospitalier

CHCB : centre hospitalier de la Côte Basque

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CHU : centre hospitalier universitaire

CNG : centre national de gestion

CNRACL : caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

CREPA : commission de reclassement et des postes aménagés

CRP : centre de rééducation professionnelle

DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DGOS : direction générale de l'offre de soin

EHESP : école des hautes études en santé publique

FHF : fédération hospitalière de France

FIPHFP : fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

GPMC : gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

IAD : inaptitude absolue et définitive

IGAS : inspection générale des affaires sociales

INRS : institut national de recherche et de sécurité (pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail)

OMS : organisation mondiale de la santé

PGD : principe général du droit

RPS : risques psycho-sociaux

RQTH : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

TMS : troubles musculo-squelettiques

Introduction

Depuis plusieurs années, la santé au travail des salariés est un axe majeur dans les entreprises privées comme dans les entreprises publiques. Cette question soulève de multiples enjeux sociaux, économiques et organisationnels.

Le monde de l'hôpital est touché de plein fouet par ces préoccupations du fait de la diversité des métiers qui existe au sein d'un établissement de santé et donc de la diversité des risques encourus par les personnels. L'état de santé d'un salarié peut avoir une incidence sur son maintien au poste de travail. De fait, la question du reclassement des personnels est devenue incontournable dans la vie d'un hôpital. Il permet de répondre à l'idéal d'une société qui met tout en œuvre pour maintenir les personnes dans l'emploi et s'adapter à l'état de santé physique et mental des salariés.

Le reclassement se situe au carrefour de la gestion des ressources humaines, du domaine juridique, social, médical et de l'exigence de qualité et d'efficacité. La direction des ressources humaines a ainsi un rôle pivot en la matière et doit coordonner les actions de chacun des acteurs du processus. La recherche de reclassement nécessite d'appréhender les situations de travail dans leur globalité et oblige à une approche pluridisciplinaire. La mise en place d'une politique de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) peut aider à anticiper les reclassements. Cela peut contribuer à prévenir les reclassements ou à en assurer la réussite au bénéfice des agents et de l'établissement.

La définition juridique de la notion de reclassement est très imprécise et appliquée, notamment de ce fait, de manière disparate par les établissements. Le principe, tel qu'il ressort des termes du statut général de la fonction publique hospitalière¹, est que les fonctionnaires, dont l'état de santé altéré ne leur permet plus d'exercer leurs fonctions, peuvent bénéficier d'un aménagement de poste de travail conforme à leur état physique et, lorsque cet aménagement est impossible ou insuffisant, d'un reclassement pour inaptitude pour raison de santé sur un emploi dans un autre corps. En droit public, pour les agents titulaires de la fonction publique hospitalière, *"la notion de reclassement correspond donc stricto sensu au droit à se voir proposer une nomination sur un emploi dans un autre corps que le sien, compatible avec son état physique, après constat de l'impossibilité de le maintenir soit sur son emploi initial même réaménagé, soit sur les autres emplois de son grade."*²

¹ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant sur les dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 71.

² KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, décembre 2011, Inspection Générale des Affaires Sociales, p.81.

Or, lorsque nous parlons communément de reclassement, nous parlons bien souvent de reclassement dit "professionnel", plus large que le reclassement dit "statutaire" qui est le plus difficile à mettre en œuvre. Le reclassement qualifié de "professionnel" intervient dès lors que l'aménagement de poste n'est pas possible ou a échoué. Il se fait sur un autre emploi du même grade que celui de l'agent ou sur un autre grade du corps. Dans certains établissements, on parle même de reclassement lorsqu'il est simplement réalisé des aménagements sur le poste initial de l'agent. Cependant, ces différentes façons d'appréhender la notion de reclassement ne sont pas valables réglementairement.

Néanmoins, au regard de ces diverses appréhensions et dans le souci d'étudier l'ensemble des situations renvoyant à un changement d'emploi pour inaptitude pour raison de santé, nous retiendrons celle de reclassement dit "professionnel" tout au long de ce mémoire. Le reclassement professionnel, prenant en compte de plus nombreuses situations que celui établi dans les textes réglementaires, qui se limite au reclassement statutaire, permet de mieux cerner les enjeux liés au traitement des reclassements dans les établissements de santé. Nous nous intéresserons à l'ensemble des moyens et procédés permettant de répondre à une situation d'inaptitude à l'emploi pour raison de santé.

Les établissements cherchent, en priorité, à reclasser un agent dans un emploi de son grade. Si cela est impossible, le reclassement se fait alors dans un emploi d'un autre grade relevant du même corps et, en dernier lieu, sur un emploi dans un autre corps.

Le reclassement est ainsi un droit pour les agents et un devoir pour les établissements. Cependant, s'il est parfois vécu comme une contrainte par les établissements de santé, il est malgré cela un levier d'action majeur en terme d'efficience dans la gestion des ressources humaines. En effet, les charges de personnel représentent entre 70 et 80% des dépenses d'un hôpital. Dans le contexte budgétaire actuel, il est indispensable de recourir à toutes les ressources humaines disponibles en s'adaptant aux difficultés des agents afin de les redéployer de manière utile. De plus, le reclassement revêt une fonction sociale importante en permettant le maintien du lien social à travers l'emploi de personnes souvent fragilisées par un état de santé dégradé. Cela place les politiques de gestion des ressources humaines au cœur de la stratégie des établissements publics de santé.

C'est en ce sens que j'ai abordé la question de la mise en œuvre des procédures de reclassements au Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB). Pour tenter de répondre à un objectif "gagnant-gagnant" de maintien dans l'emploi des agents présentant une inaptitude, les établissements publics de santé doivent développer des dispositifs spécifiques. Cependant, des difficultés s'opposent à l'application stricte des textes législatifs et limitent le recours au reclassement et notamment au reclassement statutaire.

Les politiques de prévention des risques professionnels sont encore trop peu structurées alors que les compétences internes existent au sein de l'établissement. L'accompagnement individualisé des agents est alors le pivot de la gestion des situations d'inaptitudes. **Mais face à une charge de travail toujours plus grande au sein des directions des ressources humaines, comment optimiser les processus de reclassement des agents en situation d'inaptitude pour raison de santé, afin d'améliorer à la fois la santé au travail des personnels hospitaliers et le fonctionnement des établissements ?** Ce projet d'étude a été proposé par le directeur des ressources humaines ainsi que par l'attachée d'administration hospitalière (AAH) en charge de la cellule carrière et statut du CHCB, d'une part, pour faire face à une problématique grandissante dans la gestion des ressources humaines et d'autre part, pour formaliser les procédures de reclassement en vue de la démarche de certification et promouvoir la démarche de reclassement. Les personnels médicaux, dont la carrière est gérée par le Centre National de Gestion (CNG), ne sont pas inclus dans cette étude.

Au sein de la direction des ressources humaines et en lien avec la médecine de santé au travail, j'ai pu repérer les dysfonctionnements inhérents à la prise en charge des agents ayant des difficultés de santé qui influent sur leur capacité de travail. Des mécanismes et des actions existent déjà pour répondre à ces agents en souffrance sur leur poste de travail. Cependant, des améliorations sont possibles et nécessaires dans la gestion des reclassements au CHCB et peuvent être étendues à l'ensemble des établissements publics de santé au travers d'un contexte national qui peut être retravaillé.

Je me suis appuyée, pour construire cette réflexion autour du reclassement des personnels hospitaliers, sur des entretiens formels et informels tout au long de mon stage ainsi qu'avec un agent en charge du reclassement dans un autre établissement³, sur l'analyse de données statistiques tirées notamment de documents internes à l'établissement (bilan social, rapport d'activité...) ainsi que sur l'étude d'éléments bibliographiques liés au sujet et l'observation des différentes situations de travail rencontrées au cours de mon stage au CHCB.

Nous étudierons d'abord le contexte règlementaire associé au reclassement et sa mise en œuvre au CHCB (I), puis, nous constaterons les conséquences des carences du reclassement en matière de santé au travail et de gestion administrative (II). Nous proposerons enfin des préconisations aussi bien au niveau national qu'au niveau local dont la prévention est la clef de voûte, ainsi que les limites du reclassement professionnel (III).

³ Entretien téléphonique avec la personne chargée des reclassements au centre hospitalier (CH) de Saint Nazaire.

1 Le reclassement professionnel : le contexte réglementaire et sa mise en œuvre au Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB)

Le reclassement professionnel est pourvu de règles parfois floues et de dispositions imprécises dans les textes (1.1) qui rendent son application hétérogène au sein des établissements de santé (1.2).

1.1 La réglementation applicable dans la fonction publique hospitalière

L'étude des règles législatives et statutaires relatives au reclassement dans la fonction publique (1.1.1) permet de comprendre les possibilités offertes aux établissements publics de santé en matière de gestion des ressources humaines (1.1.2).

1.1.1 Les dispositions statutaires relatives au reclassement dans la fonction publique hospitalière

Il est précisé dans le statut des fonctionnaires publics hospitaliers que *"lorsque les fonctionnaires sont reconnus, par suite d'altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leurs fonctions, le poste de travail auquel ils sont affectés est adapté à leur état physique. Lorsque l'adaptation du poste de travail n'est pas possible, ces fonctionnaires peuvent être reclassés dans des emplois d'un autre corps, s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes. Le reclassement est subordonné à la présentation d'une demande par l'intéressé"*⁴. En d'autres termes, sur le plan législatif, il y a reclassement lorsque le changement d'emploi du fonctionnaire considéré implique une modification de sa situation statutaire. Il faut mettre en œuvre un mécanisme de détachement et/ou d'intégration pour réaliser le changement d'emploi. C'est d'ailleurs parce que l'on touche aux droits statutaires de l'agent, que la loi impose qu'il soit à l'initiative et consentant à la mise en œuvre du processus de reclassement, lequel ne peut lui être imposé. Le décret n°89-376 du 8 juin 1989⁵ apporte des précisions sur les conditions de mise en œuvre du reclassement des personnels hospitaliers.

⁴ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant sur les dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 71.

⁵ Décret n°89-376 du 8 juin 1989 pris pour l'application de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé.

Le statut prévoit ainsi le reclassement des fonctionnaires titulaires en cas d'altération de leur état de santé. En outre, les agents stagiaires et contractuels de droit public qui ne peuvent plus exercer leurs fonctions pour inaptitude physique provisoire ou définitive, doivent, de la même façon que les agents titulaires, bénéficier d'un aménagement de leur poste de travail ou, quand cet aménagement est impossible ou insuffisant, d'un reclassement. Ce principe est issu des décisions de la jurisprudence qui fait du reclassement un principe général du droit (PGD)⁶.

Comme énoncé précédemment, nombre de structures étendent cette notion de reclassement au simple changement d'emploi voir au maintien dans le poste sous condition d'aménagement de ce dernier, ce qui ne constitue pas réglementairement un reclassement. Nous prendrons, malgré cela, en compte dans la problématique du reclassement, l'ensemble des démarches préalables auxquelles les administrations sont théoriquement tenues, dès lors qu'une inaptitude liée à l'état de santé est portée à leur connaissance.

Il est important de rappeler le rôle de la notion d'inaptitude pour raison de santé dans le processus de reclassement. En effet, un processus de reclassement ne peut être enclenché que lorsqu'une déclaration d'inaptitude est émise par le comité médical ou la commission de réforme, selon les cas. La commission de réforme s'inscrit dans le cadre où la procédure de reclassement fait suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

La notion d'inaptitude est qualifiée par le législateur et élargie par la jurisprudence. Dans l'article 71 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, on parle des fonctionnaires "(...) reconnus par suite d'altération de leur état physique, inapte à l'exercice de leurs fonctions". "L'inaptitude physique" doit être comprise au sens large de l'inaptitude pour raison de santé puisque l'inaptitude psychiatrique a été prise en compte par le juge administratif⁷. Ce terme d'inaptitude est toujours accompagné de la mention "au poste", "à l'emploi", "à la fonction" ou bien "à toutes fonctions". En effet, il n'existe pas d'aptitude ou d'inaptitude au travail en général. L'inaptitude pour raison de santé peut-être totale ou partielle, temporaire ou définitive, liée au travail ou indépendante de l'activité professionnelle. Son degré de gravité a des incidences sur la capacité de l'agent à exercer un emploi. Cette notion est à

⁶ Arrêt du Conseil d'Etat, 2 octobre 2002, CCI de Meurthe-et-Moselle, N°227868, indique que le reclassement pour inaptitude physique des agents est un Principe Général du Droit (PGD). Ainsi, ce principe ne s'applique pas qu'aux agents titulaires mais aussi aux agents stagiaires et non titulaires. Décision de la Cour Administrative d'Appel de Paris, 5 octobre 2004, N°02PA02622, indique qu'il résulte d'un PGD, qu'un salarié se trouvant de manière définitive atteint d'une inaptitude physique à occuper son emploi, doit être reclassé par son employeur public dans un autre emploi.

Arrêt de la Cour Administrative d'Appel de Paris, 15 avril 2008, N°06PA00615, indique que la qualité d'agent contractuel à durée indéterminée, en inaptitude physique à occuper son emploi, de fait pas obstacle à l'application du PGD de reclassement.

⁷ Arrêt de la Cour Administrative d'Appel de Nantes, 7 mars 1996, Mme Anne-Marie Y., N°94NT00609.

ne pas confondre avec celle de l'invalidité qui est du ressort du droit de la protection sociale.

La reconnaissance d'une inaptitude absolue et définitive (IAD) à toutes fonctions engendre une impossibilité totale d'affecter l'agent sur un autre poste, grade ou corps puisque cela induit une incapacité totale de l'agent à travailler. Il est donc inutile de chercher un reclassement si l'agent est inapte à tout poste.⁸ Ce dernier est donc mis à la retraite pour invalidité ou licencié pour inaptitude physique. Ces situations d'inaptitude absolue et définitive à toutes fonctions sont relativement peu fréquentes.

L'inaptitude absolue et définitive aux fonctions est quant à elle bien plus fréquente et complexe à traiter. A la suite de la reconnaissance d'une inaptitude absolue et définitive aux fonctions de l'agent, et lorsque toutes les solutions préalables d'aménagements de poste ont été tentées ou se révèlent impossibles, le reclassement est envisagé. Il est d'abord recherché dans un autre emploi du même grade que celui d'origine de l'agent puis dans un emploi d'un autre grade et enfin, dans un emploi d'un autre corps. Cependant, concernant le reclassement statutaire, c'est-à-dire lorsque le changement d'emploi se fait pour un emploi dans un autre corps, le reclassement est subordonné à une demande écrite de l'agent. Cela implique que l'agent ait été mis au courant de son droit à être reclassé. Si l'agent n'en fait pas la demande alors l'établissement ne pourra pas enclencher un processus de reclassement.

Par ailleurs, si une demande de reclassement est faite par l'agent, l'employeur a l'obligation légale de chercher à le reclasser. Il s'agit d'une obligation de moyens et non d'une obligation de résultats, ce qui peut déboucher sur une impossibilité de reclassement dans certains cas.

La qualification d'une inaptitude pour raisons de santé d'un individu dans son environnement professionnel revient, peu ou prou, à reconnaître le handicap de l'agent. Les conditions de travail influencent l'inaptitude, *"un professionnel se trouve en situation de handicap lorsque les conditions de travail lui sont inadaptées et qu'il éprouve des difficultés à tenir son emploi."*⁹ Sans pour autant être axée totalement sur l'inaptitude pour raisons de santé, la politique récente en faveur des personnes en situation de handicap participe au traitement de celle-ci.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a renforcé l'obligation d'emploi de personnes en situation de handicap dans la fonction publique par un dispositif de contribution financière au Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP). Les employeurs ne respectant pas leur obligation d'emploi de 6% de l'effectif

⁸ Arrêt de la Cour Administrative d'Appel de Nantes, 27 avril 2007.

⁹ ESCRIVA. E, décembre 2004, "le maintien dans l'emploi : un défi de GRH", *Tendance, la lettre des études de l'AGEFIPH*, n°1, p.2.

physique total rémunéré, se voient contraints de reverser une contribution à cet organisme. Ces dispositions sont insérées dans le Code du travail et définissent les bénéficiaires de l'obligation d'emploi (BOE). Les bénéficiaires de l'obligation d'emploi relèvent obligatoirement de l'une des cinq catégories suivantes :

- Travailleurs reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes Handicapées (CDAPH), c'est-à-dire reconnus en qualité de travailleur handicapé (RQTH) ;
- Agents titulaires d'une pension ou d'une rente d'invalidité ;
- Fonctionnaires recrutés sur des emplois réservés ;
- Fonctionnaires bénéficiant d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI) ;
- Agent reconnu inaptés à leurs fonctions sur avis du comité médical départemental ou de la commission de réforme :
 - o Fonctionnaires affectés dans un poste correspondant à leur grade ;
 - o Fonctionnaires reclassés dans un emploi d'un autre grade ou corps que celui d'origine ;
 - o Agents non titulaires reclassés dans un autre emploi.

La loi assimile, de fait, les agents reclassés dans le recensement des travailleurs en situation de handicap. *"Au 1^{er} janvier 2012, 10 596 employeurs publics (+1,4% en un an) assujettis à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés employaient 196 730 travailleurs en situation de handicap dans leurs effectifs dont 24% dans la fonction publique hospitalière"*¹⁰. Les critères de recensement des BOE prennent en compte, à juste titre, le fait que *"la population active éprouvant des difficultés sur le poste de travail en raison de l'état de santé est plus importante que la population active identifiée en situation de handicap"*¹¹.

L'enrichissement permanent du contexte législatif nécessite la modernisation de la fonction de gestion des ressources humaines, par le biais, notamment, de la mise en œuvre d'une politique de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

¹⁰ FIPHFP et Agefiph, *Les chiffres clés de l'emploi des personnes handicapées*, juin 2014.

Disponible sur internet : <http://www.fonction-publique.gouv.fr/score/travailleurs-handicapes>

¹¹ COURIAUT A., 2012, *L'accompagnement des agents en situation d'inaptitude pour raison de santé : un enjeu de la politique sociale*, mémoire d'élève AAH, EHESP, p.7.

1.1.2 Les conséquences de gestion en ressources humaines au sein des établissements publics de santé

Le reclassement pour raison de santé est un enjeu économique et social mal pris en compte par les établissements et les instances nationales. *"Bien que le cadre juridique relatif à la protection sociale des fonctionnaires soit très développé, l'on constate que les établissements publics de santé éprouvent des difficultés à mettre en œuvre le processus de reclassement défini par la réglementation"*¹². Dans les textes, le reclassement est traité de manière à offrir une protection statutaire minimale à l'agent en imposant à l'employeur public une obligation de moyens peu contraignante. Alors que l'inaptitude pour raison de santé dans le secteur hospitalier pose la question de la qualité de vie et de la santé au travail ainsi que de la gestion de la vie professionnelle des agents, elle doit faire l'objet d'une politique réelle de prise en charge. Les établissements doivent voir dans le reclassement du personnel hospitalier une manière de redéployer les ressources humaines pour combler les besoins de l'établissement et adapter les emplois aux capacités physiques et psychiques des agents. Le bénéfice est ainsi double : le reclassement profite à la fois à l'agent qui est maintenu dans un emploi ainsi qu'à l'établissement qui affecte l'intégralité de son personnel et pallie l'absentéisme pour raison de santé.

Concernant la fonction de gestion des ressources humaines, la GPMC est un outil majeur dans la mise en œuvre d'une politique de reclassement efficiente. Elle doit concourir au maintien dans l'emploi d'un agent en difficulté sur son poste de travail et organiser les modalités de sa réintégration après un arrêt de maladie longue durée. Elle s'inscrit d'abord dans une démarche nationale. La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS, maintenant appelée Direction Générale de l'Offre de Soins, DGOS) a doté, en 2007, les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), aujourd'hui dénommées Agences Régionales de Santé (ARS), d'enveloppes pour développer la GPMC dans les établissements de santé.

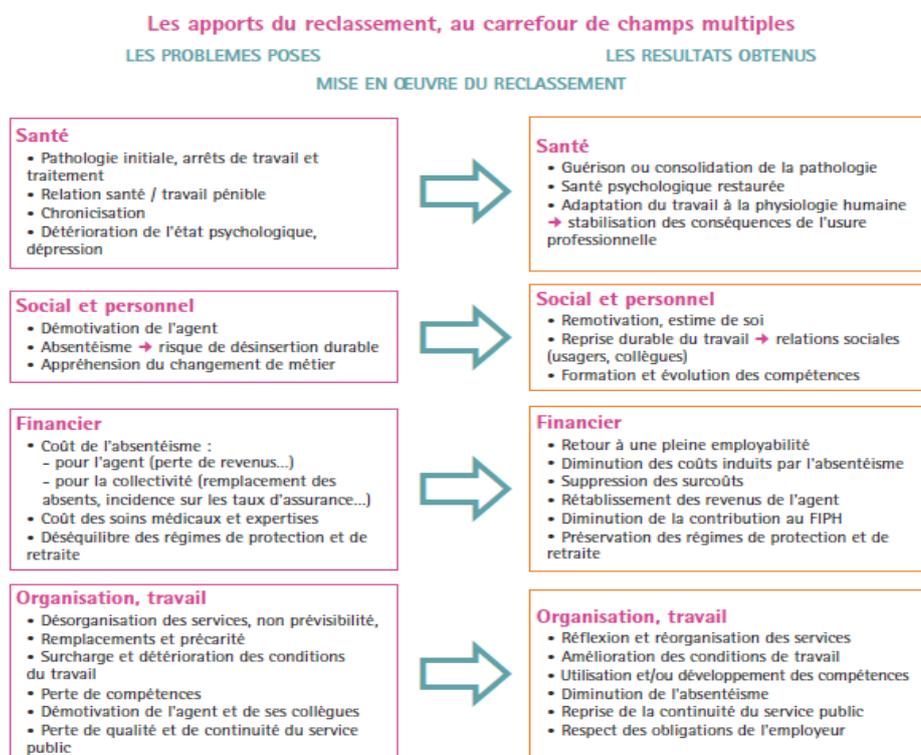
Du point de vue local, il s'agit d'intégrer la démarche GPMC dans la politique de gestion des ressources humaines de l'établissement et d'en faire un axe fort du projet social. Les objectifs de la GPMC sont variés et comprennent notamment l'adaptation des compétences aux emplois et au handicap ainsi que l'amélioration de la gestion des carrières. C'est au travers de cet objectif qu'elle doit être prise en compte dans la gestion des reclassements. La GPMC représente la conception, la mise en œuvre et le suivi d'un plan cohérent visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources présentes de l'établissement afin de réduire les risques et les coûts liés aux

¹² Ibid., p.1.

déséquilibres. C'est un mode de gestion des ressources humaines qui ne prend pas seulement en compte le grade et l'ancienneté mais qui s'attache au métier, aux compétences et à la situation de handicap. Il s'agit de ce fait d'un levier important en matière de gestion des inaptitudes et des reclassements.

La façon de prévenir les inaptitudes repose, de fait, en grande partie sur la mise en place d'une véritable gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Il s'agit d'éviter l'occupation prolongée des métiers soumis à des pénibilités particulières, qui conduirait à une usure physique ou psychique irréversible de l'agent. *"Certains établissements hospitaliers commencent à concevoir des parcours professionnels évolutifs, permettant des réorientations ou des reconversions professionnelles en cours de carrière."*¹³ Grâce au repérage des métiers à risque et au suivi médical de ceux qui les occupent, des formations qualifiantes assorties à des passerelles de mobilité peuvent être organisées avant la réalisation du risque et l'aggravation de la santé des agents. De plus, l'information et la sensibilisation précoce des agents occupant des métiers à haute pénibilité permettent de les motiver à s'engager activement, le moment venu, dans des mobilités professionnelles. Les bénéfices pouvant être apportés par la réussite des procédures de reclassement sont identifiés dans le schéma suivant.

Schéma relatif aux apports du reclassement¹⁴



¹³ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, décembre 2011, Inspection Générale des Affaires Sociales.

¹⁴ SALOU M. et RAJOT B., 2007, *Le reclassement pour inaptitude médicale*, collection les diagnostics de l'emploi territorial, hors série n° 10, CIG petite couronne.

Par ailleurs, le médecin du travail est le personnage clé en matière d'inaptitude au travail. C'est lui qui, le plus souvent, est conduit à constater les réductions des capacités de travail des agents, à les traduire en avis à destination de l'employeur et à recommander des solutions d'aménagements et de changement de postes réalistes. Il est ensuite un acteur central dans la conduite du processus de reclassement au sens large. Il fait le lien entre l'aptitude et le travail. Les comités médicaux et les commissions de réforme ont besoin de ses avis sur la nature des postes qui peuvent convenir à l'agent déclaré inapte à ses fonctions. Il faut mêler une double expertise, à la fois médicale concernant l'évaluation de l'inaptitude et technico-sociale sur le travail.¹⁵

Or, la situation de la médecine de santé au travail est assez *dramatique*¹⁶. Le nombre de médecins est insuffisant et leur recrutement s'avère difficile à cause du manque d'attractivité des services de médecine de santé au travail dans le secteur public (niveaux de rémunération, environnement du travail et conditions d'exercice...). Les médecins du travail sont donc surchargés de travail et trop peu nombreux pour agir efficacement dans la prise en charge des inaptitudes et les procédures de reclassement.

Le besoin de coordination entre les différents acteurs des processus de reclassement est criant. C'est là tout l'enjeu de la direction des ressources humaine que de piloter de manière souple et réactive le déroulement des procédures de reclassement.

1.2 Les procédures de reclassement au CHCB

Le service des ressources humaines du CHCB a mis en place des mécanismes permettant le repérage et le traitement des situations d'inaptitudes pour raison de santé de ses agents depuis plusieurs années (1.2.1). Cependant, la multiplication de ces situations pose des problèmes de gestion de plus en plus complexes (1.2.2).

1.2.1 L'agent au cœur du dispositif de reclassement du CHCB

Le Centre Hospitalier de la Côte Basque est le deuxième établissement de santé le plus important de la région Aquitaine, après le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux situé à près de 200 km, et se divise en plusieurs sites géographiques. Doté de 3243 agents dont une équipe médicale composée de 348 médecins pour 1300 lits et places, le centre hospitalier est un établissement d'envergure couvrant la majeure partie

¹⁵KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, décembre 2011, Inspection Générale des Affaires Sociales.

¹⁶ Ibid., p.54

du Pays Basque, zone à forte attraction notamment saisonnière, et qui enregistre une forte progression de sa population tous les ans depuis les années 1990. L'activité de l'établissement est, de plus, en constante augmentation depuis les quatre dernières années, avec en 2014, 364 163 journées d'hospitalisation. Le CHCB représente à ce jour des parts de marchés importantes sur le territoire de santé qu'il occupe malgré une forte concurrence avec des établissements privés.

Selon le bilan social de l'année 2014, le nombre d'agents bénéficiaires de l'obligation d'emploi, incluant donc les personnes ayant été reclassées, est de 172 agents dont 56 personnes reclassées. Le taux d'emploi légal minimum de 6% a été dépassé puisqu'il s'élève à 6,21% pour l'année 2014. Ces résultats ont été rendus possible grâce à l'impulsion institutionnelle d'une dynamique de gestion des situations d'inaptitudes plus performante. Le traitement pluridisciplinaire et individualisé des agents en situation d'inaptitude doit être recherché, notamment en associant activement l'agent à la construction de son parcours professionnel, afin de parvenir à un résultat durable du reclassement.

L'AP-HP a été un précurseur en recommandant, en 1993, la mise en place de comités locaux de gestion personnalisée des agents (CGPA) pour prévenir et traiter les problèmes d'inadaptation des agents à leur poste de travail. En 2004 et 2005, deux protocoles d'accord complémentaires ont été conclus avec les organisations syndicales et recouvrent quasiment l'ensemble des actions souhaitables en matière de traitement des inaptitudes.¹⁷ Il est par exemple prévu :

- *"De mener des actions de prévention des risques professionnels qui évitent les dommages psychiques et physiques, préviennent la pénibilité des tâches par une action permanente sur l'organisation du travail, prennent en compte le facteur de vieillissement ;*
- *De prévenir les situations d'inaptitudes et d'éviter leur aggravation, avec un suivi personnalisé des agents, des actions de mise à niveau continue des connaissances et des adaptations temporaires au poste de travail ;*
- *De veiller au bon suivi médical des agents par les médecins du travail, et d'anticiper quand c'est possible les risques de désinsertion professionnelle en cas d'absentéisme récurrent ou prolongé (visites de pré-reprises...);*
- *De systématiser les bilans de capacités, bilans d'orientation et de compétences ;*
- *De proposer des moyens d'accompagnement à la reprise du travail."*¹⁸

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid.

Les situations d'inaptitudes sont polymorphes et nécessitent un traitement au cas par cas. On remarque notamment au travers de ces dispositions, le caractère individuel préconisé dans l'accompagnement de l'agent pour son retour dans l'emploi ainsi que la contribution de divers acteurs et la place prépondérante faite aux actions de prévention. Dans toutes les mesures préconisées, l'agent est placé au cœur du dispositif. En effet, le principal motif de la mise en œuvre d'une telle politique au sein d'un établissement reste l'amélioration de la qualité de vie et de la santé des personnels au travail, avant même le gain de productivité pour la structure.

Le CHCB, sans aller jusqu'à un accord local avec les organisations syndicales, a souhaité développer une gestion proactive des situations d'inaptitudes pour raison de santé et des reclassements. La direction des ressources humaines a mis en place des mécanismes rendant la gestion des inaptitudes plus efficiente comme la nomination d'un référent handicap dans le cadre d'une convention passée avec le FIPHFP. Ce référent gère l'ensemble du personnel administratif, technique et logistique et les situations de reclassement de tous les personnels de l'établissement, y compris du personnel soignant, avec le concours de la personne chargée du personnel soignant. La réunion hebdomadaire de ces deux agents, pour passer en revue et prioriser les cas d'inaptitudes, est un moyen de traiter ces situations de manière régulière afin de ne pas permettre la dégradation de l'état de santé des agents. Elle a également pour but de détecter les situations à risque afin de pouvoir actionner des mesures d'aménagement de poste, de bilan de compétences ou de formation, précocement.

Au cours de mon stage, j'ai pu formaliser les procédures¹⁹ mises en œuvre au CHCB dans la gestion des inaptitudes afin de concourir à l'exigence de transparence et de certification de l'établissement. Ces procédures réalisées en collaboration avec l'agent en charge de la Commission de Reclassement et des Postes Aménagés (CREPA) et référente du personnel administratif, technique et logistique ont permis d'améliorer le circuit de mise en œuvre des reclassements. Elles ont également servi à effectuer un rappel réglementaire par rapport aux reclassements et à une validation des procédures. La normalisation des procédures devrait être effective au sein des établissements de santé. Cela participe, en effet, à la volonté de professionnalisation du processus de reclassement.

Enfin, au titre du déploiement de la GPMC, l'exploitation des entretiens annuels d'évaluation est utilisée pour prévenir les risques professionnels au CHCB. A cet entretien annuel d'évaluation est accolé la fiche de formation professionnelle permettant à l'agent d'exprimer ses souhaits d'évolution professionnelle et facilitant l'engagement d'un

¹⁹ Annexes 1, 2 et 3.

échange sur les éventuelles difficultés de travail de l'agent. C'est ici encore une démarche individuelle qui prévaut et un dialogue avec l'encadrement et la direction des ressources humaines.

La direction des ressources humaines est ainsi le pivot de la prise en charge efficace des agents en situation d'inaptitudes pour raison de santé. Cette mission fait d'ailleurs partie de leur cœur de métier. Cependant, l'aménagement de poste et le reclassement demandent d'associer de multiples compétences, médicales, ergonomiques, psychosociales, de formation ou encore managériales, qui font entrer en jeu de nombreux acteurs autour de l'agent. Il est indispensable de s'appuyer sur les équipes pluridisciplinaires existantes au sein des établissements de santé sous la coordination du médecin du travail lorsque les compétences de l'administration sont insuffisantes. Or, le recours à ses équipes pluridisciplinaires fait largement défaut dans la prise en charge des inaptitudes souvent gérées uniquement par les directions des ressources humaines.

Au CHCB, sous l'impulsion institutionnelle de la direction des ressources humaines, des liens et des interactions plus fortes et plus pérennes tentent de s'établir, notamment par le biais de la création d'une commission de reclassement et des postes aménagés.

1.2.2 La mise en place d'une Commission de Reclassement et des Postes Aménagés (CREPA) afin d'améliorer le dispositif de reclassement au CHCB

Selon le rapport de l'IGAS²⁰, *de nombreuses situations d'inaptitudes pour motif de santé ne sont traitées que par le recours à la position dite de "disponibilité d'office", pis aller qui ne peut que favoriser une désinsertion professionnelle grave de l'agent*²¹. La réalité des inaptitudes pour raison de santé comme les mesures de reclassement sont mal cernées et donc difficilement mises en œuvre par les établissements. Cela conduit parfois à une gestion malheureuse de ces situations qui s'avèrent socialement et économiquement désastreuses pour les agents.

²⁰ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, décembre 2011, Inspection Générale des Affaires Sociales.

²¹ Ibid.

Les principes et valeurs énoncés dans le projet social 2012 – 2017 du CHCB reposent notamment sur *"l'accueil et l'accompagnement pour favoriser l'adaptation de tous ceux qui sont nouvellement recrutés, qui changent d'affectation, bénéficient d'un stage, en situation de reclassement professionnel ou sur des postes aménagés"*²². Le principe de reclassement, au sens large, est ainsi inscrit institutionnellement au travers du projet social de l'établissement.

La mise en place de cellules interdisciplinaires de maintien dans l'emploi et d'accompagnement individuel tend à se développer dans de nombreux établissements. Au centre hospitalier de Saint Nazaire²³, il existe par exemple, une commission de maintien et de retour à l'emploi. Cette commission est composée du directeur des soins, du directeur des ressources humaines, du responsable de la gestion des carrières, de la personne en charge des reclassements et de la médecine du travail. Elle est chargée de trouver collégalement des solutions adaptées aux inaptitudes des agents.

Dans la même idée, le CHCB a créé une commission de reclassement et des postes aménagés (CREPA) permettant notamment de dénouer certains problèmes individuels concernant des agents en difficultés sur leur poste de travail et d'opérer une prise en charge globale. En effet, la prise en compte de ces situations revêt un caractère individuel mais doit faire davantage l'objet d'une stratégie globale d'établissement. Cette commission permet d'examiner de manière régulière toutes les situations d'agents qui posent question en ayant tous les acteurs concernés autour de la table. Cela permet de trouver des solutions adaptées et de débloquer des situations grâce à la participation de l'ensemble des protagonistes. Au sein du CHCB, la CREPA a également un rôle de validation des décisions grâce à la présence du directeur des ressources humaines.

Pluridisciplinaires, ces commissions regroupent généralement le directeur des ressources humaines ou son représentant, le directeur des soins ou son représentant, le responsable de la formation, le médecin et le psychologue du travail, l'assistant social du personnel et parfois l'encadrement ou des représentants du personnel. Elles ont pour vocation de gérer les inaptitudes au poste de travail et favoriser les retours dans l'emploi d'agents en situation de handicap ou d'inaptitude. Les actions mises en œuvre sont des reclassements, des mutations sur des postes compatibles avec les restrictions médicales et des aménagements de postes.

²² Projet social 2012 – 2017 du Centre Hospitalier de la Côte Basque

²³ Entretien téléphonique avec la personne chargée des reclassements au CH Saint Nazaire

Une étude conduite en 2006 par l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH) a montré que *"les facteurs de réussite sont directement liés au respect des cinq étapes fondamentales de la méthode du maintien dans l'emploi (...)* :

- 1) *Le signalement précoce*
- 2) *L'analyse du problème, des logiques et des enjeux*
- 3) *Le traitement du problème sous la forme d'une conduite de projet*
- 4) *Le suivi et l'accompagnement qui préviennent la désinsertion*
- 5) *L'évaluation quantitative et qualitative.*²⁴

Lors des procédures de reclassement, mettant en jeu des instances médicales au maniement parfois lourd car chargées de délivrer des avis d'experts plutôt que des solutions opérationnelles²⁵, ces commissions permettent une plus forte réactivité des établissements. Cette réactivité est primordiale dans le déclenchement précoce des procédures de reclassement.

Elles permettent, en outre, d'améliorer les échanges entre les médecins de santé au travail et les acteurs de la direction des ressources humaines ainsi que de la direction des soins. Cela permet de désamorcer des situations compliquées en appréhendant mieux les différents aspects et l'histoire de vie qui constituent la situation singulière d'un agent.²⁶ Il s'agit là de prévenir la désinsertion sociale de l'agent en souffrance en l'accompagnant dans les étapes de son parcours de réadaptation professionnelle.

Si l'enjeu humain de l'accompagnement des agents au cours de leur carrière professionnelle a toujours existé, de nouveaux enjeux de santé au travail sont apparus avec l'évolution du contexte hospitalier.

²⁴ JABES A., PARAY J-P., NAHON P., PAGNAC L., juin 2007, "le maintien dans l'emploi : faire face aux nouveaux défis", *Tendances, la lettre des études de l'AGEFIPH*, n°10, pp. 1-4.

²⁵ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, décembre 2011, Inspection Générale des Affaires Sociales.

²⁶ COURIAUT A., 2012, *L'accompagnement des agents en situation d'inaptitude pour raison de santé : un enjeu de la politique sociale*, mémoire d'élève AAH, EHESP, p.24.

2 Un double constat préoccupant en termes de santé au travail et de gestion administrative

La croissance des inaptitudes pour raison de santé depuis ces dernières années au sein des établissements de santé et leur traitement en terme de ressources humaines (2.1) conduit à un appauvrissement de postes vacants correspondants aux restrictions de santé des agents à reclasser (2.2).

2.1 Un personnel inapte à ses fonctions de plus en plus important

La croissance, au cours des dernières années, des inaptitudes pour raison de santé et ses caractéristiques (2.1.1) influent fortement sur la gestion des métiers et des compétences à l'hôpital ainsi que sur les carrières des agents qui peuvent se retrouver en situation de reclassement (2.1.2).

2.1.1 Une augmentation des inaptitudes pour raison de santé

Il existe des facteurs de risque pour la santé des agents intrinsèquement liés au contexte et aux métiers hospitaliers. Ils sont exposés à quasiment tous les risques répertoriés²⁷ par l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail.

Les statistiques relatives à l'inaptitude et au reclassement dans la fonction publique hospitalière sont quasiment inexistantes puisqu'il n'existe aucun recensement systématique des agents reclassés, exception faite au sein du FIPHFP. En effet, seul le FIPHFP dispose de statistiques, récupérées sur la base de déclaration, auprès des employeurs publics qui doivent fournir différentes informations relatives aux bénéficiaires de l'obligation d'emploi. Parmi les BOE figurent les agents reclassés. Selon le rapport national d'activité du FIPHFP pour 2010, ils sont "18 662 agents à avoir été reclassés en 2009"²⁸.

De plus, *"les systèmes d'information des ressources humaines dans les trois fonctions publiques sont hétérogènes et incomplets de telle sorte que nous ignorons le nombre d'avis de restrictions d'aptitudes émis par la médecine du travail. De la même façon, nous ne connaissons pas les dispositions prises pour l'adaptation des postes de*

²⁷ <http://www.inrs.fr>

²⁸ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, décembre 2011, Inspection Générale des Affaires Sociales, p.40.

travail. Nous avons une vue encore très imprécise des accidents du travail et des maladies professionnelles et de leurs incidences sur l'emploi des agents. Enfin, nous ne suivons pas précisément l'absentéisme pour raison de santé et ses tendances."²⁹ Ces carences dans les informations dont on dispose ne permettent pas de mesurer l'enjeu réel et les impacts sociaux et économiques qu'ont les situations d'inaptitudes pour raison de santé. Malgré ces manques de données sociales pertinentes, nous possédant néanmoins des indicateurs qui nous permettent d'estimer le coût de ces inaptitudes, notamment au travers de l'indicateur clé de l'absentéisme pour raisons de santé.

Les établissements publics de santé comptent, *"environ 910 000 agents publics (hors médecins) dont 700 000 fonctionnaires, répartis dans 3 500 établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux"*³⁰. Plus de 180 métiers différents sont recensés parmi le personnel administratif, soignant (qui représente 70% de l'effectif), médico-technique et technique. Parmi ces agents, ceux issus des catégories B et C sont plus fortement touchés par le risque d'inaptitudes aux fonctions justifiant un reclassement pour raison de santé. Les personnels de catégorie B prédominent chez les soignants (hors médecins) et ceux de catégorie C chez les personnels techniques. On retrouve cette prédominance au CHCB puisque sur les *"172 agents bénéficiaires de l'obligation d'emploi en 2014, 137 appartiennent à la catégorie C et 29 à la catégorie B contre seulement 6 pour la catégorie A"*³¹.

Nous savons cependant que l'augmentation des inaptitudes pour raisons de santé est due à la conjonction de plusieurs phénomènes.

Les accidents du travail d'abord, dont le nombre est en moyenne le même dans les trois fonctions publiques et dans le secteur privé. Au CHCB, les trois premières causes d'accidents du travail sont, par ordre d'importance : *"autres éléments matériels", "manutention des malades" et "chute de plein pied"*.³²

Il est, en outre, constaté un rajeunissement des agents en situation d'usure professionnelle précoce. Les accidents survenant à tout âge, des situations d'inaptitudes chez des agents en début de carrière peuvent y faire suite.

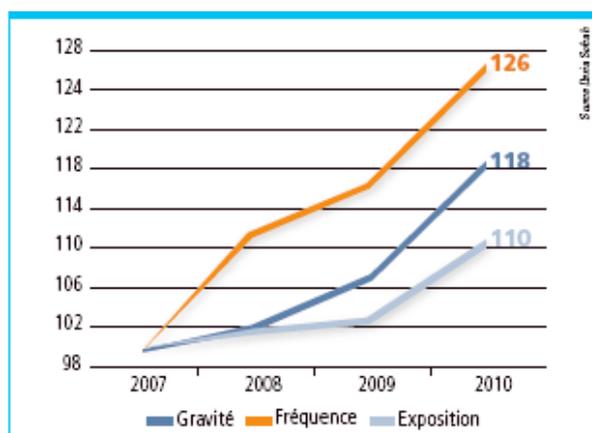
²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

³¹ Bilan social, 2014, CHCB.

³² KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, décembre 2011, Inspection Générale des Affaires Sociales.

Evolution de la fréquence, de la gravité et de l'exposition³³ des accidents du travail entre 2007 et 2010 dans les établissements hospitaliers³⁴



En 2010, les accidents du travail touchent plus d'agents (+ 10%), plus souvent (+ 26%) et plus longtemps (+18%). Une démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels doit être instituée grâce à une connaissance fine de la nature et des causes des accidents du travail. Un suivi et une démarche institutionnelle doivent être mis en place avec la collaboration notamment des membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans les établissements.

De la même façon, le nombre de maladies professionnelles reconnues est en très forte croissance depuis plusieurs années. Les professionnels soignants et éducatifs représentent plus de 65% de l'effectif en personnel des établissements de santé.³⁵ Or, la mobilisation et la manipulation répétée des patients ou de charges lourdes constituent le premier facteur de problèmes physiques de santé. Les Troubles musculo-squelettiques (TMS) recouvrent 80 à 90% des affections d'origine professionnelle. En outre, *le développement des risques psychosociaux (RPS) et la plus grande attention qui doit leur être portée aujourd'hui conduisent à devoir élargir l'action sur les inaptitudes qui ne peuvent plus, comme les textes d'origine l'écrivent, être seulement liés à l'altération de l'état de santé "physique" des agents*³⁶. En effet, les situations de stress, notamment chez les personnels soignants, et les métiers à lourd impact psychologique qui sont ceux de

³³ La gravité (durée d'arrêt) est exprimée par le taux d'absentéisme et mesure en pourcentage la part du temps perdu en raison des absences.

La fréquence (nombre d'arrêts) est exprimée par le nombre d'arrêts pour 100 agents employés.

L'exposition (nombre d'agents arrêtés) traduit la proportion d'agents absents.

³⁴ Société Française de Courtage d'Assurance Hospitalière (SOFCAH) Groupe Sofaxis, mai 2012, "Regard sur... Les absences pour raison de santé dans les établissements hospitaliers".

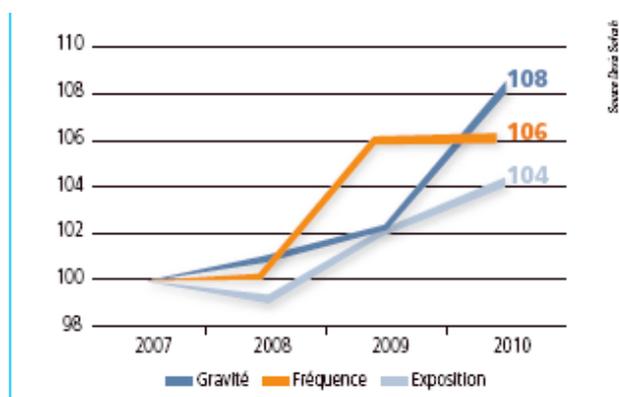
³⁵ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS (ed.), mars 2011, *Synthèse annuelle des données sociales hospitalières, année 2008*, p.14.

³⁶ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, décembre 2011, Inspection Générale des Affaires Sociales.

l'hôpital, doivent être considérés avec importance et inclus dans la politique de prévention des risques professionnels de la structure.

Une étude de Dexia Sofcah³⁷ montre que l'absentéisme pour raison de santé est très supérieur dans le secteur public à l'absentéisme de même nature dans le secteur privé. Dans la fonction publique hospitalière, l'absence au travail pour raison de santé est en nette progression. Le taux d'absentéisme national en 2011 dans les établissements de la fonction publique hospitalière est compris entre 10 et 14%. Celui du CHCB en 2014 est bien inférieur à cette moyenne nationale puisqu'il s'élève à 7,73%³⁸. Le suivi de l'absentéisme pour motif médical est un indicateur important permettant de cibler les épisodes d'absentéisme répétés et les absences de longue durée.

Evolution de la fréquence, de la gravité et de l'exposition entre 2007 et 2010 dans les établissements hospitaliers³⁹



La gravité des arrêts connaît une progression de 9% entre 2007 et 2010, tandis que la fréquence des arrêts augmente de 12%. Ils sont donc plus nombreux et plus longs. Tous les indicateurs de mesure des absences affichent une augmentation significative ces dernières années.

Enfin, la prolongation de la vie active avec le recul progressif de l'âge de la retraite présage la dégradation de la santé des personnels hospitaliers. C'est une évolution du système qu'il faut envisager sous l'angle de la prévention des risques professionnels et du maintien dans l'emploi de ces agents.

³⁷ Société Française de Courtage d'Assurance Hospitalière (SOFCAH) Groupe Sofaxis, mai 2012, "Regard sur... Les absences pour raison de santé dans les établissements hospitaliers".

³⁸ Bilan social CHCB, 2014.

³⁹ Société Française de Courtage d'Assurance Hospitalière (SOFCAH) Groupe Sofaxis, mai 2012, "Regard sur... Les absences pour raison de santé dans les établissements hospitaliers".

La conjonction et l'intensification de ces phénomènes amènent les structures à faire face à des difficultés de gestion du déroulement de la carrière des agents. L'incidence sur le fonctionnement d'un établissement d'une part, ainsi que sur la vie professionnelle de l'agent d'autre part, est majeure.

2.1.2 Des conséquences sur la gestion des compétences et des carrières

Il est fréquent d'affecter les agents en inaptitude dans de nouvelles fonctions sans pour autant toucher à leurs avantages statutaires d'origine, voire à les maintenir dans leurs services et emplois sans tenir compte de la réduction de leurs capacités professionnelles. Ce type de situations bien réelles est cependant à proscrire dans une gestion administrative performante des compétences et des carrières des agents.

Avec la généralisation des systèmes informatiques dans le traitement des activités, tous les postes demandent des compétences techniques, ou du moins informatiques, que beaucoup de personnel en attente de reclassement ne possède pas et/ou ne sont pas disposés à apprendre. Il s'agit, ici, d'agir sur l'évaluation et l'évolution des compétences des agents. Le procédé principal en ce sens est le suivi de formations en cohérence avec le projet professionnel de l'agent et les possibilités qui s'offrent à lui au sein de l'établissement. Ces réflexions doivent être engagées au cours d'entretiens entre l'agent et le responsable de la formation afin de le conseiller et de l'informer par ailleurs de ses droits statutaires à formation.

Les établissements qui ont établi un dispositif de prise en charge des inaptitudes opèrent désormais un système de veille. Ce dernier évite les écueils rencontrés à l'origine, avec la révélation trop tardive des situations humaines problématiques et l'accumulation de difficultés à traiter. Sur le plan opérationnel, ce dispositif consiste à recenser l'ensemble des cas avérés ou potentiels d'inaptitude et à les examiner à intervalles réguliers afin de décider précocement des mesures qui s'imposent. Cette démarche associe les responsables de la direction des ressources humaines, les cadres de proximité, les médecins du travail et parfois les représentants du personnel. Elle est de plus en plus souvent réalisée par les établissements qui mettent notamment en place des commissions telle que la CREPA au CHCB, comme détaillé précédemment.

En revanche, pour aller plus loin dans la veille sociale, les établissements devraient perfectionner leur système de recueil de données sociales afin de pouvoir repérer les causes de la survenue des différentes situations provoquant des arrêts de travail.

Il pourrait être recommandé la mise en place de "cellules" permettant à la direction des ressources humaines de la structure d'apprécier l'inaptitude pour raison de santé des agents connaissant des arrêts maladies répétitifs ou victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, et d'effectuer auprès des agents concernés un travail permettant de réorganiser leur projet professionnel.⁴⁰ Aussi, la systématisation d'une visite de pré-reprise, avant le terme prévu du congé maladie, à finalité à la fois médicale et d'adaptation de l'emploi à la situation de l'agent doit être envisagée.

Par ailleurs, le temps de traitement des situations d'inaptitudes professionnelles gagnerait à être raccourci. En effet, un reclassement réussi est un reclassement anticipé. Il s'agit donc de mobiliser au plus tôt l'ensemble des acteurs, d'alléger les circuits administratifs de traitement des dossiers afin de raccourcir au maximum la période d'éloignement de l'emploi pour l'agent. Il est, en outre, primordial de maintenir le contact avec l'agent pendant la période d'arrêt de travail. Il faut évaluer et anticiper en amont ses possibilités de retour à l'emploi adapté à son état de santé. Et, autant que possible, ne pas attendre la fin des congés statutaires pour commencer à prendre en charge l'agent. L'adaptation de l'emploi à la situation concrète de l'agent nécessite la mobilisation immédiate de tous les acteurs dès la connaissance de l'inaptitude.

Enfin, dans certaines situations, la nécessité d'un reclassement est médicalement établie avant l'épuisement des congés maladie de l'agent. Dans ces cas là, il n'est pas nécessaire d'attendre le terme des congés maladies pour mettre à l'étude le reclassement de l'agent et la saisine des instances consultatives compétentes. Il faut inviter les gestionnaires à adapter de façon pragmatique le calendrier de saisine de ces instances en fonction de l'état de santé réel de l'agent.

Les difficultés protéiformes à gérer les personnels en situation d'inaptitudes conduisent à des blocages mêlant des facteurs humains, organisationnels et matériels.

⁴⁰ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, décembre 2011, Inspection Générale des Affaires Sociales.

2.2 Une pénurie de solutions de reclassement satisfaisantes

Chaque administration envisage à sa manière le reclassement et les façons d'y pallier en raison d'une baisse de postes vacants à proposer aux agents connaissant des restrictions médicales (2.2.1). La volonté de reclassement doit être comprise et menée par tous les acteurs du processus et particulièrement par l'intéressé lui-même pour réussir (2.2.2).

2.2.1 Un manque de postes adéquats pour reclasser les personnels

*La clé du reclassement c'est l'existence d'emplois disponibles en nombre suffisants, pouvant être occupés par des agents en reclassement.*⁴¹ En effet, il existe à l'hôpital un panel de métiers des plus diversifiés, pas seulement dans le domaine soignant ou médical, cœur de métier de l'hôpital, mais également dans tous les secteurs supports qui participent au fonctionnement des établissements de santé. Cependant, la croissance des inaptitudes pour raison de santé et des besoins de reclassements liés à ses dernières diminue, de fait, le nombre de postes adaptés à des personnels ayant des restrictions médicales. Même si l'évolution du contexte hospitalier, financièrement plus contraint, fonde la problématique de maintien dans l'emploi des agents dont les capacités au travail sont réduites, la mise en œuvre est délicate. C'est là où réside toute la difficulté du problème auquel la plupart des établissements publics de santé ont à faire face.

D'une part, les établissements de petites tailles ont rarement des postes à offrir à leurs agents inaptes et d'autre part, lorsque ces postes existent, ce sont souvent des postes administratifs (d'accueil, par exemple) ou liés aux fonctions supports (coursier, poste en blanchisserie, poste aux cuisines) qui ne peuvent pas être multipliés pour satisfaire les besoins de reclassement des agents. De plus, *"leurs exigences de technicité sont croissantes avec la sophistication des outils et système de gestion actuel, ce qui nécessite l'acquisition de qualifications que n'ont pas les agents à reclasser ou qu'ils peuvent avoir du mal à acquérir compte tenu de leur faible niveau de formation initiale"*.⁴² En effet, la constatation faite au CHCB ainsi qu'au CH de Saint Nazaire par l'intermédiaire de la personne en charge des reclassements, est que les situations d'inaptitudes touchent principalement des personnels faiblement qualifiés. En effet, pour la filière soignante, les principaux agents concernés sont des agents de service hospitalier (ASH) et des aides soignantes (AS), emplois où le niveau de qualification est peu élevé, tout comme les

⁴¹ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, décembre 2011, Inspection Générale des Affaires Sociales, p.64.

⁴² Ibid., p.65.

emplois sur des grades d'agent de maîtrise (AM) ou d'agent d'entretien qualifié (AEQ) dans la filière technique et logistique.

Au sein de structures de taille plus grande, les reclassements par mobilité interne qui étaient possibles le sont de moins en moins. Du fait des fortes tensions sur les marges de manœuvre budgétaires, l'ensemble des collectivités publiques réduit les recrutements et le turn over générationnel normalement lié aux départs à la retraite. Ceci diminue ainsi le gisement d'emplois disponibles. De plus, de nombreux postes de la filière technique, ouverts aux agents en reclassement, ne sont plus accessibles du fait de l'externalisation de plus en plus fréquente des fonctions supports.

Les agents ne peuvent plus être placés en sureffectif du fait de la rationalisation des effectifs. Les postes vacants sont souvent des postes pour lesquels la charge de travail physique est importante, par exemple dans les services de soins gériatriques ou dans le secteur logistique. Ces secteurs souffrent d'ailleurs d'un absentéisme élevé.

Les postes "plus légers", localisés dans les services de consultations ou en chirurgie ambulatoire, du fait notamment d'horaires fixes, d'absence de nuits et de manipulations de patients ou de charges lourdes très peu fréquentes, sont déjà occupés par des agents en postes aménagés, même lorsque leur état de santé s'est amélioré. Bien que ces situations n'aient pas vocation à être pérennes lorsque la santé de l'agent est rétablie, on constate le maintien sur ces postes des agents qui ne souhaitent pas en changer.

Le mode de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences a un rôle à jouer dans le sens où il participe à l'anticipation des besoins en matière de ressources humaines et permet donc d'avoir une vision à plus long terme des métiers nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement de santé. Cela permettra notamment d'orienter les recrutements et les possibilités d'évolutions des carrières des personnels au sein de l'établissement.

L'idée de créer des réserves d'emplois ou des priorités d'emploi pour les agents inaptes n'est pas retenue en raison de la stigmatisation de ces agents et de la réticence des équipes à les insérer normalement dans leur nouveau service. Même si les directions des ressources humaines conservent des emplois de ce type pour traiter des situations urgentes et particulièrement difficiles, ce sont des moyens de remplacements temporaires qui n'ont pas vocation à être pérennisés.

Au-delà du manque de poste pouvant convenir aux agents en reclassement, la difficulté réside dans l'acceptation de ce nouveau poste par l'agent.

2.2.2 Les réticences des personnels à être reclassé

La gestion des inaptitudes conduisant à un reclassement doit s'anticiper au niveau de la direction des ressources humaines afin de répondre au mieux aux situations des agents. La réactivité et la disponibilité de la direction des ressources humaines conditionnent en partie la réussite d'un reclassement pour raison de santé. Mais l'effectivité des mesures dépend pour beaucoup de la volonté et de l'intérêt qu'y portent les responsables comme du volontariat des agents qui fait souvent défaut.

L'apparition d'une inaptitude pour raison de santé au cours de la carrière d'un agent modifie complètement ses perspectives d'avenir professionnel. Il s'agit parfois de faire le deuil de la profession exercée, souvent par vocation, notamment dans le domaine soignant, avant de pouvoir se projeter dans un autre emploi en adéquation avec ses capacités physiques et/ou psychologiques nouvelles. Cela requiert une prise de conscience

Les personnels soignants, dont la pénibilité de leurs métiers est reconnue, sont les premiers agents à risque d'inaptitude. Ce sont par ailleurs, des professions ayant une "forte charge symbolique"⁴³ ; les agents qui exercent auprès des patients ne conçoivent pas facilement une évolution vers un emploi du secteur administratif ou technique. L'enjeu de l'accompagnement au maintien dans l'emploi est plus que jamais humain et peut nécessiter l'expertise du médecin du travail ou celle du psychologue du travail.

Il est ainsi particulièrement complexe de proposer aux agents des postes qui peuvent correspondre à la fois à leurs capacités au vu des restrictions médicales dont ils font l'objet, à leurs compétences, à leurs capacités intellectuelles et à leur souhait. En effet, les agents qui se trouvent en situation d'inaptitude sur leur poste de travail sont souvent peu qualifiés.

L'appréhension, et la peur parfois, de l'arrivée dans une nouvelle équipe en tant que "personne en poste aménagé" ou "personne reclassée", est fortement présente. En effet, les agents sur postes aménagés sont moins bien accueillis dans les équipes qui pensent que cela reporte sur elles la charge de travail supplémentaire et dégrade ainsi leurs conditions de travail.⁴⁴ Ces constructions psychologiques sont à déconstruire, notamment par les cadres de proximité mais cela passe aussi par l'affectation judicieuse des agents dans les services appropriés. Cependant, une trop grande concentration d'agents en inaptitude dans un même secteur peut mettre en difficulté une équipe.

⁴³ COURIAUT A., 2012, *L'accompagnement des agents en situation d'inaptitude pour raison de santé : un enjeu de la politique sociale*, mémoire d'élève AAH, EHESP, p.31.

⁴⁴ Ibid., p.32

L'implication des acteurs mérite d'être valorisée, spécifiquement celle des cadres de proximité et des équipes qui accueillent l'agent et participent à son intégration professionnelle.

D'ailleurs, la position des cadres de proximité est ambivalente. Ils sont généralement prêt à accueillir des agents ayant des difficultés psychiques et/ou physiques sur un poste vacant mais demandent certaines conditions. En effet, ils souhaitent l'appui de la direction des ressources humaines en cas d'échec de l'intégration de l'agent accueilli ou en cas de dégradation des conditions de travail dans leur unité.⁴⁵ L'accueil de ces agents fait partie de leur mission de management, toutefois, cela peut se faire dans la limite de fonctionnement du service. Ce dernier motif légitime certaines de leurs réticences.

Ces constats au sein des établissements publics de santé doivent être combattus à l'aide d'un plan de prévention construit pour endiguer au maximum les inaptitudes pour raisons de santé et pour voir fructifier et pérenniser les reclassements inévitables.

⁴⁵ Ibid., p.32.

3 La prévention des risques professionnels, une nécessité pour améliorer la situation et éviter les reclassements

Des dispositions devant permettre de prévenir l'inaptitude doivent s'envisager tôt dans la carrière d'un agent (3.1). Cependant, elles se bornent aux limites de la réussite des reclassements (3.2).

3.1 L'anticipation des risques et la coordination de l'ensemble des acteurs indispensables

L'organisation des postes de travail doit faire l'objet d'une attention particulière de la part de tous les acteurs afin de pouvoir anticiper les risques professionnels qui y sont liés (3.1.1.). Cela se fait essentiellement par une politique de formation adaptée et efficace (3.1.2.).

3.1.1 L'identification et l'organisation des postes de travail

La prévention du reclassement implique de s'assurer, en amont, de la compatibilité entre la santé de l'agent postulant et son poste de travail futur et cela dès l'embauche. Or, la procédure en vigueur se heurte à un formalisme excessif et *"se révèle relativement déconnectée de la réalité des fonctions qu'exercera l'agent une fois en poste"*.⁴⁶ En effet, c'est la mission du médecin agréé, rencontré en principe antérieurement à la nomination et à l'initiative de l'agent, de vérifier que l'état de santé de ce dernier n'est pas incompatible avec l'exercice futur des fonctions envisagées, compte tenu des possibilités de compensation du handicap. Or, le médecin n'a pas à sa disposition, lors de son examen, la fiche de poste ni les particularités de l'environnement de travail dans lequel l'agent sera amené à évoluer. L'utilité de l'intervention du médecin agréé dans ce cadre peut-être remise en question, dans la mesure où *"des avis négatifs sont extrêmement rares"*⁴⁷ et compte tenu de la faible adéquation de l'examen médical avec la réalité de l'exercice des futures fonctions de l'agent. La visite préalable à l'embauche serait simplifiée en substituant à la visite du médecin agréé, celle du médecin du travail ou de prévention, compétent pour juger l'aptitude réelle de l'agent à ses futures fonctions.

⁴⁶ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, décembre 2011, Inspection Générale des Affaires Sociales.

⁴⁷ Ibid.

L'organisation de parcours professionnels évolutifs doit être pensée. La fiche de poste, parfois dévoyée, a vocation à constituer un outil de dialogue et de gestion commun à la direction des ressources humaines, aux médecins de prévention/du travail/agréé, à l'encadrement ainsi qu'à l'agent lui-même. *"Elle doit recenser – a minima – le contenu, l'organisation, les missions, les compétences et ressources requises, le positionnement hiérarchique, les moyens alloués, les spécificités (déplacements, horaires...) et les évolutions probables du poste. Elle devrait, en outre, être enrichie d'une part, d'un volet "prévention", détaillant les risques professionnels attachés à son exercice et d'autre part, d'un volet "évolution de l'aptitude professionnelle", évoquant les formations qui devront être envisagées à moyen terme."*⁴⁸ La fiche de poste deviendrait alors le réel support d'un suivi de la carrière de l'agent du début à la fin de sa vie professionnelle dans la structure. En enrichissant la fiche de poste de ces volets, elle serait un outil précieux de prévention. Elle pourrait, en effet, être le point de départ à un aménagement de poste ou un reclassement. Ces fiches devraient être, par ailleurs, davantage normalisées au regard de la disparité des pratiques existantes.

Au niveau national, le recours au temps partiel thérapeutique devrait être facilité afin d'encourager la reprise de l'activité professionnelle. *"Selon la réglementation en vigueur, le temps partiel thérapeutique est moins accessible dans le cadre du régime spécial des fonctionnaires que dans le régime général."*⁴⁹ Il requiert, en effet, impérativement l'avis du comité médical ou de la commission de réforme, selon les cas. Or, concourant à un raccourcissement des délais de la procédure, un délai de réponse devrait être fixé à ses instances consultatives. De plus, la suppression de l'intervention de la Commission Administrative Paritaire (CAP) serait souhaitable lorsqu'il n'y a pas de modification statutaire. L'amélioration du fonctionnement interne de ces instances tels que la fixation de l'ordre du jour en fonction de l'urgence ou l'amélioration de la rédaction des avis de façon plus précise et plus opérationnelle, permettrait à l'agent un retour plus rapide dans l'emploi.

Pour aller plus loin, le rapport de l'IGAS⁵⁰ propose purement de supprimer l'action de ces instances consultatives en les remplaçant par des propositions du médecin du travail ou de prévention ainsi que de permettre l'accès au temps partiel thérapeutique dès le premier mois d'arrêt dans le cas d'un congé maladie ordinaire (au lieu de 6 mois actuellement). Ces dispositions offriraient, de fait, un gain de temps non négligeable dans la procédure de reclassement.

⁴⁸ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, décembre 2011, Inspection Générale des Affaires Sociales.

⁴⁹ Ibid., p.57.

⁵⁰ Ibid., p.57.

Enfin, les bilans sociaux des établissements doivent être rédigés et exploités dans le but de mettre en application les dispositions relatives à la santé et à la sécurité au travail. Cependant, ces bilans ne sont obligatoires que pour les établissements de santé de plus de 300 personnes. Il est donc nécessaire de trouver d'autres supports d'analyses des données sociales pour les établissements de plus petite taille. En outre, les bilans sociaux ne sont pas à un niveau de précision suffisant pour permettre de dénombrer les agents reclassés ou les situations à risque, ce qui implique d'ajouter des indicateurs pertinents afin d'adapter ce document pour en faire un levier utile et réel dans la politique de reclassement.

La mise en place d'un observatoire en matière d'arrêts maladie, d'accident du travail et de maladies professionnelles, au niveau local dans un premier temps, dans chaque établissement de santé, permettrait d'analyser et d'évaluer précisément le contexte social. Cela servirait à adapter l'action des structures en matière de prévention des risques et particulièrement en déterminant des axes de formation en adéquation avec les besoins.

3.1.2 Une politique de formation renforcée et ciblée

Les mesures suggérées conduisent parfois à demander des moyens humains et financiers supplémentaires. Mais il s'agit d'un *investissement profitable*⁵¹, par son effet de réduction des coûts sociaux inutiles liés au traitement trop déficient des inaptitudes et des reclassements, qui engendre un absentéisme pour raison de santé et des pertes de productivité du travail qui pourraient être fortement réduits. D'ailleurs, dans de nombreux cas, il s'agit d'un simple redéploiement de moyens qui pourrait être mieux employé dans une gestion des ressources humaines qualitative et prospective.

Le reclassement doit donner la possibilité à l'agent reconnu inapte à ses fonctions antérieures d'exercer pleinement une nouvelle activité et de nouvelles compétences. A l'occasion de son reclassement, l'agent doit élaborer un projet professionnel qui lui permette un retour dans la vie professionnelle utile. Pour l'aider dans la conception de son projet, et notamment pour définir les étapes suivantes de sa carrière, devrait être systématisé un bilan professionnel. Mais cette étape est coûteuse (le coût d'un bilan de compétence⁵² est de 3000€) et n'est ouvert que dans la limite des crédits disponibles. Aussi, une priorité devrait être accordée aux agents souhaitant être reclassés.⁵³

⁵¹ Ibid.

⁵² Dans la fonction publique hospitalière, peuvent bénéficier d'un bilan de compétences, les fonctionnaires, les agents non titulaires, les salariés employés sous contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE), contrat d'avenir (CA) et contrat initiative-emploi (CIE), s'ils ont accomplis au

Alexia LABAT - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

Ainsi, la formation est l'élément central du processus de reclassement et de la reconversion professionnelle. Elle permet d'apporter à l'agent les savoirs et savoir faire exigés pour le nouveau poste envisagé.

Il faut, de fait, adapter l'offre de formation de la fonction publique hospitalière aux objectifs de reclassement du secteur hospitalier. Les agents doivent pouvoir y accéder sans difficultés au moment opportun de leur vie professionnelle.

L'offre de formation est encore aujourd'hui mal adaptée aux situations de reclassement et à la construction de projets professionnels. Ceux-ci requièrent une individualisation des compétences à acquérir. Il faut du "sur mesure" là où les catalogues de formation visent le plus grand nombre et des objectifs pédagogiques généraux.⁵⁴

L'accès aux formations des centres de rééducation professionnelle (CRP) peut-être une opportunité pour les agents publics reconnus en situation de handicap. Ces établissements médico-sociaux proposent, dans le cadre d'une programmation régionale, une palette d'actions allant de la pré-orientation à la qualification. Ils sont financés par les organismes d'assurance maladie sous forme d'un prix de journée comprenant les frais de traitement et de formation professionnelle. Ce sont des prestations en nature du régime général de la sécurité sociale auxquelles les fonctionnaires ont droit sous la réserve, comme les salariés du privé, d'être reconnus travailleurs handicapés. Les personnes qui suivent une formation au sein des CRP sont majoritairement des hommes jeunes (entre 34 et 36 ans).⁵⁵ Cette orientation des CRP pourrait permettre de pallier des situations d'inaptitudes conduisant à des handicaps qui apparaissent de plus en plus précocement dans la carrière des agents. L'ouverture des CRP aux fonctionnaires en reclassement est une opportunité du fait de l'expérience de près d'un siècle de ces centres dans la réadaptation et la diversité de leurs offres de formation.

En outre, un problème souvent rencontré lors des CREPA au CHCB et indiqué également dans le rapport de l'IGAS⁵⁶, est le manque d'une position statutaire adaptée au suivi d'une formation. En effet, l'agent en reclassement est dans une position statutaire "d'attente", c'est-à-dire soit en congé de maladie, soit en disponibilité d'office (cette

moins 2 ans de services dans la fonction publique, consécutifs ou non (article 25 du décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière).

⁵³ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, décembre 2011, Inspection Générale des Affaires Sociales, p.63.

⁵⁴ Ibid., p.64

⁵⁵ <http://www.handipole.org>, les centres de rééducation professionnelle.

⁵⁶ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, décembre 2011, Inspection Générale des Affaires Sociales, p. 64.

dernière position étant, dans les faits, plutôt rare). Or, dans ce cadre statutaire, qui ne correspond pas à une situation d'activité, l'agent ne peut juridiquement pas bénéficier d'actions de formation, réservées aux personnes en situation de travail. Il est, de ce fait, difficile pour l'administration d'anticiper efficacement le retour dans l'emploi de l'agent. Cette contrainte statutaire ne permet pas une réactivité optimale dans le traitement des situations d'inaptitudes pour raison de santé.

La création d'une position statutaire nouvelle, de type "*congé de reconversion*"⁵⁷, faciliterait les démarches de formation susceptibles d'être engagées en faveur d'un agent en reclassement. Celui-ci ne serait pas obligé d'attendre la fin de son congé de maladie pour bénéficier d'actions de formation, ce qui activerait son retour en poste. Cela permettrait à l'agent de garder une dynamique de travail positive et un lien avec son établissement pendant son absence. C'est, de facto, un facteur de prévention de la désinsertion sociale des agents en congés de maladie.

En dépit d'actions de prévention performantes, certaines démarches de reclassements ne peuvent, néanmoins, aboutir en raison de différents facteurs à ne pas négliger au cours de l'examen des situations.

3.2 Les limites du reclassement

Le reclassement se heurte à l'absence d'une politique nationale coordonnatrice qui impulserait une dynamique proactive à l'attention des établissements (3.2.1) même si des situations de reclassement restent parfois insolubles (3.2.2).

3.2.1 Un pilotage national et harmonisé qui fait défaut

Il apparaît aujourd'hui que le reclassement des agents reconnus inaptes à leurs fonctions est laissé à l'initiative des établissements de santé. Il n'existe, en effet, aucune structure nationale permettant de faire la synthèse de ce que pourrait être la politique du reclassement au sein des établissements de santé.

Dans le cadre de sa mission de pilotage stratégique, de contrôle, d'évaluation et d'animation, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) ne paraît pas s'être emparé du sujet du reclassement. Elle a néanmoins mené avec la Fédération Hospitalière de France (FHF) qui réunit plus de 1000 établissements publics de santé et autant de structures médico-sociales et la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités

⁵⁷ Ibid., p.64

Locales (CNRACL), une journée et demie d'information en octobre 2010 sur les questions relatives au reclassement des infirmier(e)s. L'objectif de cette action était d'aider les directions des ressources humaines à réaliser ces reclassements. Or, les établissements seraient désireux d'obtenir une aide plus structurée et plus pérenne concernant les reclassements. Aucune des structures nationales n'utilisent à ce jour ses compétences et ses missions pour mettre des outils à disposition des établissements très souvent confrontés au problème du reclassement.⁵⁸

Un nombre important d'établissements de santé utilisent les aides mises à leur disposition par le FIPHFP et les conventions conclues avec ce fond dans le secteur hospitalier se développent. Le CHCB a ainsi conclu en 2013 une convention avec ce fond visant à *"améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap dans l'établissement par le biais de financements adaptés et innovants et ainsi agir en faveur de l'emploi de ces agents"*⁵⁹. Pourtant, la fonction publique hospitalière est, parmi les trois fonctions publiques, celle qui y recourt le moins. Alors qu'elle contribue pour 28% aux ressources du FIPHFP, elle ne compte que pour 20% de ses dépenses d'intervention. Par ailleurs, le FIPHFP possède une vocation inter-fonctions publiques intéressante dans le cadre d'une harmonisation des règles de reclassement et dispose de moyens d'actions conséquents (212 M€ de produits de contribution en 2010⁶⁰).

Sa mission a, en outre, été étendue au delà du seul handicap au sens strict puisque la *loi du 11 février 2005*⁶¹ assimile les agents publics reclassés à des agents handicapés, ouvrant droit à l'intervention du FIPHFP pour cette nouvelle catégorie. Le *décret du 3 mai 2006*⁶² relatif au FIPHFP a encore étendu cette possibilité d'intervention à l'adaptation des postes de travail effectués pour maintenir dans leur emploi les agents reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions. Cette extension, assortie de conditions, peut faire estimer que le FIPHFP est compétent pour aider et accompagner la plupart des démarches de traitement des inaptitudes des agents publics.

A l'inverse d'une volonté de résolution pragmatique du manque d'aide et d'assistance, l'ouverture des interventions possibles du FIPHFP peut se heurter à des questions de principe. En effet, nous pouvons craindre un détournement de la politique du handicap de sa cible première. Même si toute inaptitude pour raison de santé peut être considérée comme une forme de handicap, la politique du handicap ne se réduit pas à

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Projet pluriannuel d'insertion et de maintien dans l'emploi des personnes handicapées, 2013, CHCB, p.5.

⁶⁰ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, décembre 2011, Inspection Générale des Affaires Sociales, p.60.

⁶¹ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁶² Décret n°2006-501 du 3 mai 2006 relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

l'inaptitude pour raison de santé. Enfin, il faut rappeler que la part que prend le FIPHP dans les aides et actions visant les agents inaptés reste faible (1,8 M€ en 2010) et très inférieure aux besoins.⁶³

L'insuffisance de données sociales est un handicap pour la réflexion politique et la mise au point d'actions préventives et correctives. En effet, cela ne permet pas d'appréhender la réalité et l'ampleur des problèmes liés aux inaptitudes pour raison de santé. Sans alourdir la charge de travail administrative des établissements ni compliquer leurs obligations statistiques, il est possible de compléter le dispositif de données sociales existant. Il s'agit d'y faire figurer les indicateurs de base permettant de connaître le volume et la nature des inaptitudes, les mesures prises pour les traiter et les tendances en cours. Les bilans sociaux peuvent naturellement constituer de bons supports de recueils de données en y insérant ces indicateurs. Cependant, le bilan social n'est obligatoire dans la fonction publique hospitalière, que pour les établissements de plus de 300 agents. Il faut donc trouver un autre support pour les établissements se trouvant en dessous de ce seuil. Cela pourrait être les rapports d'activité annuelle des médecins de santé au travail. Mais dans tous les cas, une synthèse nationale devrait se faire de ces bilans et rapports, par exemple par la DGOS.

L'analyse des problèmes d'inaptitudes gagnerait à être affinée au travers de programmes d'études et de recherches dans le secteur public sur les métiers sensibles et, plus largement, sur les conditions de travail, sources d'usure professionnelle, afin de faciliter la mise en place de dispositifs de vigilance et de veille.

Afin de mettre en cohérence les textes et la pratique, la notion de reclassement devrait être élargie en prenant notamment en compte les agents reconnus inaptés à leurs fonctions et maintenus dans leur emploi grâce à des adaptations de postes de travail ou maintenus dans leur grade mais sur un autre emploi. Les hésitations répandues sur la notion de reclassement sont révélatrices d'un manque d'appréhension de l'étendue véritable des inaptitudes pour raison de santé. De plus, la notion de reclassement devrait être la même dans les trois fonctions publiques afin de lever toute ambiguïté mais aussi de favoriser les mobilités professionnelles.

En outre, il serait important de compléter la réglementation sur l'engagement de la procédure de reclassement dont l'initiative appartient aujourd'hui exclusivement à l'agent. Cette exigence repose sur l'illusion qu'il n'y a de protection que dans le droit à conservation de son statut. Donner le même droit d'initiative à l'employeur permettrait

⁶³ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptés à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, décembre 2011, Inspection Générale des Affaires Sociales, p.61.

d'éviter le blocage qui peut résulter d'un défaut de demande de l'agent et conduire à sa mise en disponibilité d'office (position cependant relativement rare), ce qui est toujours à son désavantage. C'est la capacité à évoluer professionnellement et à conserver son employabilité dans la fonction publique qui doit l'emporter. In fine, l'agent conserverait légitimement le droit de refuser la proposition de reclassement statutaire qui pourrait lui être faite. Cependant, son refus devrait être justifié.⁶⁴

Malgré la nécessité de l'évolution du contexte national, l'échec ou l'impossibilité de reclassement apparaît inévitable dans certaines situations.

3.2.2 L'impossibilité de reclassement

A l'issue d'un reclassement statutaire réalisé jusqu'au bout et avec succès, l'agent est soit recruté dans un autre corps, par promotion interne ou par concours par exemple, soit détaché dans un autre corps de niveau égal ou inférieur au sein de l'établissement ou d'un autre établissement public auquel peut faire suite l'intégration dans ce nouveau corps lors d'une adaptation réussie.

Lorsque le reclassement au sein de l'établissement d'origine n'est pas possible, il est prévu par les textes la mise en place de mobilités entre établissements. Cependant, cette disposition, n'est simplement pas applicable. Au delà de la difficulté qui réside dans les divergences de définitions et de procédures applicables au reclassement dans les trois fonctions publiques, une autre complication intervient. En effet, chaque établissement possède une manne d'agents en situation d'inaptitude pour raisons de santé qu'il doit positionner sur des postes en adéquation avec les restrictions médicales de ces derniers. Tous les établissements se retrouvent, de fait, avec la même problématique à gérer. On constate qu'ils ne peuvent se permettre d'accueillir dans leur établissement des agents d'autres structures alors qu'ils peinent, eux-aussi, à reclasser leur propre personnel.

Malgré la mise en place de mesures préventives pour éviter de devoir en arriver au reclassement d'une part, et tenter de les pérenniser quand il n'y a pas d'autres alternatives d'autres part, l'échec du reclassement reste une éventualité qu'il faut accepter et organiser. En cas d'impossibilité de reclassement, soit par absence de poste vacant adapté aux capacités physiques et psychologiques et l'agent, soit en cas de refus de

⁶⁴ Ibid.

celui-ci, l'employeur dispose d'instruments réglementaires à mettre en œuvre selon le statut de l'agent.

L'impossibilité de reclassement apparaît, en outre, en cas d'inaptitude absolue et définitive à toutes fonctions. Dans ce cas, deux solutions sont envisageables : soit la mise à la retraite pour invalidité, soit le licenciement pour inaptitude physique. Le choix se fait en fonction d'une part du souhait de l'agent et d'autre part, au regard de sa situation statutaire.

"Le nombre de départs en retraite pour invalidité dans l'ensemble des départs en retraite est relativement faible, et les flux afférents sur les quatre dernières années demeurent stables"⁶⁵. Au centre hospitalier de Saint Nazaire, la personne en charge des reclassements confiait que l'établissement n'était, à l'heure actuelle, encore jamais aller jusqu'à mettre un agent à la retraite pour invalidité dans le cadre d'une procédure de reclassement statutaire.

La mise à la retraite pour invalidité d'un fonctionnaire titulaire peut être une solution envisagée d'office par l'employeur ou demandée par l'agent lorsque celui-ci est déclaré inapte de manière absolue et définitive à l'exercice de ses fonctions, à l'issue de l'épuisement de ses droits à congés de maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée et sous condition d'échec d'une procédure de reclassement. La mise à la retraite pour invalidité peut survenir à n'importe quel moment de la carrière mais la limite d'âge légal de la retraite ne doit pas être atteinte. Il n'y a pas de taux minimal d'invalidité ni de conditions de durée de service. La pension est majorée en cas d'invalidité en lien avec l'activité professionnelle. L'agent stagiaire peut également bénéficier d'une pension ou d'une rente d'invalidité, sous conditions déterminées par la CNRACL. Les réformes des retraites de 2003 et 2010 repoussant l'âge légal de la retraite doivent être prises en compte dans le cadre d'une demande de mise à la retraite pour invalidité.

Le fonctionnaire titulaire déclaré inapte à l'exercice de ses fonctions, dont les droits à congés de maladie de toutes les sortes sont épuisés, et ne pouvant être reclassé sur un autre emploi, peut être placé en disponibilité d'office pour raison de santé. La durée de cette disponibilité est cependant limitée et l'agent perd ses droits à traitement, à avancement ainsi que ses droits à la retraite. Il perçoit des indemnités journalières équivalentes à un demi traitement, sous conditions. Cette situation est donc extrêmement défavorable à l'agent sur le plan social et économique. Cette position statutaire est utilisée lorsque qu'aucune autre, plus avantageuse pour l'agent, n'a pu être trouvée. A l'issue d'une disponibilité d'office, l'agent est réintégré ou, s'il est toujours reconnu inapte à ses fonctions, il peut être mis à la retraite ou licencié.

⁶⁵ Ibid., p.62.

Dans le cas où l'agent titulaire a refusé à trois reprises les postes proposés par l'administration dans le cadre d'une procédure de reclassement statutaire et que sa mise à la retraite n'est pas possible, il peut être licencié pour inaptitude physique par l'établissement. Il en est de même pour les agents contractuels et les agents stagiaires déclarés inaptes de manière absolue et définitive à la reprise de toutes fonctions.

Le cadre juridique définit précisément les principes de gestion des carrières pour les fonctionnaires et des contrats pour les agents contractuels en cas de difficultés de santé. Il garantit ainsi les droits des fonctionnaires titulaires et des agents stagiaires, mais également ceux des agents contractuels de droit public en affirmant l'obligation de moyens d'emploi et de protection sociale de l'employeur envers les personnels hospitaliers. Toutefois, ni les décrets d'application, ni la jurisprudence administrative ne précisent clairement les modalités et les délais dans lesquels l'employeur public doit formuler des propositions d'emploi adaptées aux capacités de l'agent.⁶⁶

⁶⁶ COURIAUT A., 2012, *L'accompagnement des agents en situation d'inaptitude pour raison de santé : un enjeu de la politique sociale*, mémoire d'élève AAH, EHESP, p.16.

Conclusion

La gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière est un enjeu capital impactée par les nombreuses réformes. Le contexte économique hospitalier actuellement fragilisé en fait l'élément déterminant puisque la masse salariale pèse à hauteur de 70 à 80% sur les dépenses d'un établissement. De plus, l'hôpital revêt un enjeu social symbolique fort puisqu'il est le pivot de notre système de santé décrit par l'Organisation Mondiale de la Santé comme le "*meilleur dans le monde*"⁶⁷. Cependant, les nouvelles organisations du travail, l'allongement de la durée des carrières et l'évolution des métiers et de leur pénibilité à la fois physique et psychologique, demande un accompagnement professionnel accru tout au long de la carrière des agents. Cet accompagnement devient d'autant plus important lorsqu'une difficulté de santé se manifeste et induit une inaptitude temporaire ou permanente à exercer son emploi.

Le contexte socio-économique ainsi que la promotion de la santé et de la qualité de vie au travail pousse les établissements publics de santé à développer des stratégies pour pallier les situations d'inaptitudes pour raison de santé qui débouchent souvent sur des nécessités de reclassements. Il relève de la responsabilité de l'encadrement des ressources humaines de relayer la politique de l'établissement en matière de reclassement au sens large, de coordonner la mise en œuvre d'actions d'amélioration et de rassembler les acteurs. Elle doit également produire des outils de communication et de suivi des actions et en évaluer les résultats. Les établissements doivent, cependant, pouvoir s'appuyer sur une définition claire et commune aux trois fonctions publiques de la notion de reclassement. Cette définition gagnerait à être élargie pour que le reclassement, qui aujourd'hui concerne uniquement les agents changeant de corps, inclut également les agents qui changent d'emploi au sein de leur grade d'origine ou qui changent de grade au sein de leur corps, sans inclure pour autant le simple aménagement de poste. La redéfinition de la notion de reclassement permettrait, par ailleurs, la possibilité accrue de mobilités inter-fonctions publiques.

Les conditions de travail dégradées, le dialogue social tendu, les taux d'absentéisme élevés et les impératifs financiers accrus sont des constats qui provoquent la nécessité de mettre en place une dynamique sociale responsable et collective autour du maintien dans l'emploi des agents en situation d'inaptitude à leur fonctions pour raisons de santé. Les coûts générés par la protection sociale et la gestion de l'absentéisme sont substantiels pour les établissements publics de santé. Cette démarche serait ainsi source de retour sur investissement par réduction des coûts directs et indirects

⁶⁷ <http://www.oms.fr>

des accidents du travail et des maladies professionnelles et plus largement de l'absentéisme pour raison de santé. In fine, cela profite humainement et financièrement à l'établissement, d'autant plus que le cadre juridique impose aux établissements de prendre en compte cette problématique du début jusqu'à la fin de la vie professionnelle des agents.

Finalement, il importe peu le nombre d'agents concernés par la problématique du reclassement, la direction des ressources humaines doit avoir pour objectif d'éviter un risque d'échec de la réinsertion au travail pour chaque agent. Pour ce faire, l'écoute et le soutien des agents sont des principes clés du processus. Les profils des personnels étant fortement diversifiés, il s'agit de personnaliser l'aide qui sera apportée à l'agent pour faciliter son retour en poste et éviter ainsi le risque d'échec de réintégration professionnelle, tout en ayant une vision globale et structurée du processus de reclassement. La mise en place de mécanismes tournés vers l'agent en concertation avec les différents acteurs du reclassement doit donc être privilégiée.

Les actions de prévention, levier essentiel à long terme pour contenir la montée des inaptitudes pour raisons de santé, doivent être pensées au travers d'un plan coordonné et en adéquation avec les besoins de l'établissement. La prévention est l'axe stratégique majeur pour parvenir à la réduction des coûts liés aux inaptitudes pour raisons de santé et faciliter le succès des processus de reclassement.

La mise en œuvre d'une politique nationale relative aux reclassements, au sens large, pour raisons de santé donnerait les impulsions et les outils nécessaires aux établissements qui peinent à organiser un système de prévention des risques professionnels. Un fond⁶⁸ de dimension nationale et commun au trois fonctions publiques, alimenté par le budget de l'Etat et la CNRACL, serait un puissant levier pour une politique de prévention des inaptitudes, pour le développement de l'employabilité des agents publics et pour un accompagnement positif de la prolongation de la vie active.

⁶⁸ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptés à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, décembre 2011, Inspection Générale des Affaires Sociales.

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant sur les droits et les obligations des fonctionnaires. Journal officiel de la République Française, n°2174 du 14 juillet 1983.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant sur les dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, articles 71 à 76. Journal officiel de la République Française, n°535 du 11 janvier 1986.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté dans personnes handicapées. Journal officiel de la République Française, teste n°1 du 12 février 2005.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière. Journal officiel de la République Française, n°5289 du 21 avril 1988.

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n°89-376 du 8 juin 1989 pris pour l'application de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé. Journal officiel de la République Française, n°7402 du 14 juin 1989.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2006-501 du 3 mai 2006 relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique. Journal officiel de la République Française, n°104 du 4 mai 2006.

Jurisprudence

Conseil d'Etat, 2 octobre 2002, CCI de Meurthe-et-Moselle, arrêt N°227868.

Cour Administrative d'Appel de Paris, 5 octobre 2004, décision N°02PA02622.

Cour Administrative d'Appel de Nantes, 27 avril 2007, arrêt N°06NT00612.

Cour Administrative d'Appel de Paris, 15 avril 2008, arrêt N°06PA00615.

Cour administrative de Nancy, 26 janvier 2012, décision n°11NC01672.

Rapport

KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., décembre 2011, *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 106 p.

Ouvrages et publications

SALOU M. et RAJOT B., 2007, *Le reclassement pour inaptitude médicale*, collection les diagnostics de l'emploi territorial, hors série n° 10, CIG petite couronne, 30 p.

Société Française de Courtage d'Assurance Hospitalière (SOFCAH) Groupe Sofaxis, mai 2012, "Regard sur... Les absences pour raison de santé dans les établissements hospitaliers", 2 p.

FIPHFP et Agefiph, *Les chiffres clés de l'emploi des personnes handicapées*, juin 2014.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS (ed.), mars 2011, *Synthèse annuelle des données sociales hospitalières, année 2008*.

Article

ESCRIVA. E, décembre 2004, "le maintien dans l'emploi : un défi de GRH", *Tendance, la lettre des études de l'AGEFIPH*, n°1.

JABES A., PARAY J-P., NAHON P., PAGNAC L., juin 2007, "le maintien dans l'emploi : faire face aux nouveaux défis", *Tendances, la lettre des études de l'AGEFIPH*, n°10, pp. 1-4.

Mémoires

CROUZAT C., 2014, *Le maintien dans l'emploi des agents présentant des restrictions d'aptitudes professionnelles pour raison médicales au CH de Pau*, mémoire d'élève AAH, EHESP.

LARRIEU L., 2014, *Le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés : une responsabilité sociale des établissements de santé. La mise en place d'une politique du handicap au CH Edmond Garcin*, mémoire d'élève AAH, EHESP.

COURIAUT A., 2012, *L'accompagnement des agents en situation d'inaptitude pour raison de santé : un enjeu de la politique sociale*, mémoire d'élève AAH, EHESP.

Documents internes au Centre Hospitalier de la Côte Basque

Projet social 2012 – 2017

Projet pluriannuel d'insertion et de maintien dans l'emploi des personnes handicapées, 2013

Bilan social 2014

Rapport d'activité 2014

Rapport de suivi des effectifs et de l'absentéisme 2014

Sites internet

<http://www.travail-emploi.gouv.fr>

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.handipole.org.fr>

<http://www.vosdroits.service-public.fr>

<http://www.service-public.fr>

<http://www.agefiph.fr>

<http://www.fiphfp.fr>

<http://www.inrs.fr>

Liste des annexes

Annexe 1 : Procédure de reclassement pour inaptitude absolue et définitive à ses fonctions au CHCB

Annexe 2 : Procédure de reclassement pour inaptitude absolue et définitive à toutes fonctions au CHCB

Annexe 3 : Procédure de reclassement pour inaptitude temporaire au CHCB

Annexe 1 : Procédure de reclassement pour inaptitude absolue et définitive à ses fonctions au CHCB

<h2>Le reclassement</h2> <p>Pour inaptitude absolue et définitive à ses fonctions</p>

Centre Hospitalier de la Côte Basque		Référence :
		18/08/2015
Reclassement		Page : 1/4
<i>Mots clés : reclassement</i>		
Rédigé par A.LABAT	Validé par S.CORNEC	Approuvé par J.ROSSIGNOL
Date : 18/08/2015	Date :	Date :
Signature :	Signature :	Signature :

1. Objet

Ce document a pour objet de décrire la procédure à suivre pour procéder à un reclassement lors d'une inaptitude définitive et absolue à ses fonctions au sein du CHCB.

2. Domaine d'application / Responsabilité / Confidentialité

Les bénéficiaires d'un reclassement sont les titulaires et stagiaires ainsi que les agents contractuels de droit public en CDI du CHCB.

Ses destinataires sont la Direction Des Ressources Humaines, la Direction des soins, les cadres de pôle et les cadres de proximité, la médecine de santé au travail ainsi que les agents.

3. Documents de référence

- Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant sur les droits et les obligations des fonctionnaires
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant sur les dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière – Articles 71 à 76.
- Décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la FPH
- Décret n° 89-376 du 8 juin 1989 relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé
- Décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Arrêt Conseil d'Etat, 2 octobre 2002, CCI de Meurthe et Moselle : le reclassement pour inaptitude physique est un principe général du droit.

4. Définitions et abréviations

- CAP : Commission administrative paritaire
- CCI : Chambre du commerce et de l'industrie
- CDI : Contrat à durée indéterminée
- CHCB : Centre hospitalier de la Côte Basque
- CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- CREPA : Commission de reclassement et de postes aménagés
- DRH : Direction des ressources humaines
- FPH : Fonction publique hospitalière

5. Matériels, fournitures, matières premières, produits et documents d'enregistrements et associés

- Fiches d'aptitude de la médecine de santé au travail
- Certificats médicaux
- Expertises médicales

6. Les étapes de la procédure

Etape 1 :

La personne en charge de la CREPA à la DRH et référente du personnel administratif, technique et logistique, et la personne chargée du personnel soignant, examinent, de manière hebdomadaire, toutes les fiches d'aptitude adressées par la médecine de santé au travail.

Etape 2 :

Si les restrictions de l'agent ne permettent pas un aménagement de son poste sur ce grade, il est **recherché une affectation possible dans un autre grade**.

Dans cette perspective, une rencontre avec la responsable cellule carrière et statut de la DRH est organisée afin d'établir une étude de carrière de l'agent et de recueillir ses souhaits.

Si une affectation satisfaisante est trouvée dans un autre grade, la DRH demande l'avis au service de santé au travail ainsi que l'avis d'un expert agréé avant de positionner l'agent sur un autre grade.

Etape 3 :

Il doit être demandé une **vérification de l'aptitude de l'agent**.

Pour cela, la DRH demande une expertise médicale auprès d'un médecin agréé.

Il appartient également à l'administration de convoquer l'agent à l'expertise médicale par le biais d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

La fiche est mise en attente jusqu'à la réception de l'expertise.

Etape 4 :

A la réception des conclusions de l'expertise par l'administration, faisant figurer une **inaptitude absolue et définitive à ses fonctions**, la DRH doit procéder à un reclassement professionnel puis statutaire si l'agent est d'accord.

Dans le cadre d'une procédure de reclassement statutaire, l'employeur a 3 mois pour **rechercher un poste dans un autre grade compatible avec l'état physique de l'agent**.

L'agent est invité à prendre rendez-vous avec la responsable de la cellule formation, orientation, compétences de la DRH, afin d'envisager un bilan de compétences ou une formation pour reconversion professionnelle.

A la suite de cet entretien, la responsable de la cellule formation fait parvenir un courrier à l'agent faisant apparaître le contenu de l'entretien et ses conclusions.

Dans certains cas plus complexes ou à la demande de l'agent, un bilan de compétences est réalisé et/ou une formation est envisagée en vue d'une reconversion professionnelle.

Etape 5 :

L'agent est fortement invité, par courrier, à présenter une **demande de reclassement écrite** auprès de la DRH. Cette demande écrite est nécessaire pour pouvoir enclencher la procédure de reclassement statutaire.

Etape 6 :

Si **aucune demande de reclassement** statutaire n'est faite de la part de l'agent, ce dernier doit être positionné sur un autre grade.

Etape 7 :

Il faut informer le **CHSCT** des procédures de reclassement statutaire.

Etape 8 : si une demande de reclassement a été faite par l'agent

Si l'agent refuse à 3 reprises les postes proposés par écrit par l'employeur : il est licencié pour inaptitude physique.

Si l'employeur n'a pas de possibilité de poste pour reclasser l'agent :

- L'agent est maintenu en congé maladie (ordinaire, longue maladie, longue durée ou maladie grave) jusqu'à expiration de ses droits.
- A l'expiration de ses droits à congés, l'agent est mis en disponibilité d'office pour raison de santé.

Etape 9 : une solution de reclassement est trouvée

L'employeur saisit le comité médical pour obtenir l'inaptitude définitive et absolue aux fonctions dans le grade de l'agent ainsi que son reclassement statutaire dans le nouveau grade.

Une fois l'avis favorable du comité médical reçu, la médecine de santé au travail statue sur l'aptitude au nouveau grade.

L'intégration après un détachement pour raison de santé est présenté en CAP.

Etape 10 :

Le reclassement statutaire se fait soit :

- Par **recrutement** dans un autre corps ou cadre d'emploi (promotion interne, concours...);
- Par **intégration directe** dans un corps de même catégorie et de niveau comparable ;
- Par **détachement** dans un corps ou cadre d'emploi de niveau égal ou inférieur au sein de l'établissement ou dans un autre établissement public.

Etape 11 : L'impossibilité de reclassement

L'impossibilité de reclassement se traduit par un licenciement pour inaptitude physique.

**Annexe 2 : Procédure de reclassement pour inaptitude absolue et définitive à
toutes fonctions au CHCB**

<h2>Le reclassement</h2> <p>Pour inaptitude absolue et définitive à toutes fonctions</p>
--

Centre Hospitalier de la Côte Basque		Référence :
		03/08/2015
Reclassement		Page : 1/3
<i>Mots clés : reclassement</i>		
Rédigé par A. LABAT	Validé par S.CORNEC	Approuvé par J.ROSSIGNOL
Date : 03/08/2015	Date :	Date :
Signature :	Signature :	Signature :

1. Objet

Ce document a pour objet de décrire la procédure à suivre pour procéder à un reclassement au sein du CHCB.

2. Domaine d'application / Responsabilité / Confidentialité

Les bénéficiaires d'un reclassement sont les titulaires et stagiaires ainsi que les agents contractuels de droit public en CDI du CHCB.

Ses destinataires sont la Direction Des Ressources Humaines, la Direction des soins, les cadres de pôle et les cadres de proximité, la médecine de santé au travail ainsi que les agents.

3. Documents de référence

- Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant sur les droits et les obligations des fonctionnaires
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant sur les dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière – Articles 71 à 76.
- Décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la FPH
- Décret n° 89-376 du 8 juin 1989 relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé
- Décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Arrêt Conseil d'Etat, 2 octobre 2002, CCI de Meurthe et Moselle : le reclassement pour inaptitude physique est un principe général du droit.

4. Définitions et abréviations

- CCI : Chambre du commerce et de l'industrie
- CDI : Contrat à durée indéterminée
- CHCB : Centre hospitalier de la Côte Basque
- CREPA : Commission de reclassement et de postes aménagés
- DRH : Direction des ressources humaines
- FPH : Fonction publique hospitalière

5. Matériels, fournitures, matières premières, produits et documents d'enregistrements et associés

- Fiches de restriction de la médecine du travail
- Lettre de saisine du médecin agréé
- Courrier de convocation de l'agent à l'expertise médicale
- Courrier de compte-rendu de l'entretien avec la cellule formation, orientation, compétences

6. Les étapes de la procédure

Etape 1 :

La personne en charge de la CREPA à la DRH et référente du personnel administratif, technique et logistique, et la personne chargée du personnel soignant, examinent, de manière hebdomadaire, toutes les **fiches d'aptitude** adressées par la médecine de santé au travail.

Etape 2 :

Si l'agent possède de trop nombreuses restrictions médicales, empêchant le CHCB d'aménager le poste ou de trouver une nouvelle affectation dans son grade ou dans un autre grade, il doit être demandé une **vérification de l'aptitude de l'agent**.

Pour cela, la DRH demande une **expertise médicale** auprès d'un médecin agréé.
Il appartient également au CHCB de convoquer l'agent à l'expertise médicale par le biais d'une lettre recommandée avec accusé de réception.
La fiche est mise en attente jusqu'à la réception de l'expertise.

Etape 3 :

A la réception des conclusions de l'expertise par le CHCB faisant figurer une **inaptitude absolue et définitive à toutes fonctions**, il est envisagé au cours d'un nouvel entretien avec l'agent, le référent handicap et l'AAH responsable de la cellule carrière et statut les solutions suivantes par ordre de mise en œuvre :

- Procédure de mise à la retraite pour invalidité, sur demande de l'agent
- Mise à la retraite d'office
- Licenciement pour inaptitude sous certaines conditions de durée d'activité.

Les propositions faites lors de l'entretien sont ensuite notifiées à l'agent par courrier.

Annexe 3 : Procédure de reclassement pour inaptitude temporaire au CHCB

Le reclassement

Pour inaptitude temporaire

Centre Hospitalier de la Côte Basque		Référence :
		18/08/2015
Reclassement		Page : 1/5
<i>Mots clés : reclassement</i>		
Rédigé par A.LABAT	Validé par S.CORNEC	Approuvé par J.ROSSIGNOL
Date : 18/08/2015	Date :	Date :
Signature :	Signature :	Signature :

1. Objet

Ce document a pour objet de décrire la procédure à suivre pour procéder à un reclassement professionnel en cas d'inaptitude temporaire au sein du CHCB.

2. Domaine d'application / Responsabilité / Confidentialité

Les bénéficiaires d'un reclassement sont les titulaires et stagiaires ainsi que les agents contractuels de droit public en CDI du CHCB.

Ses destinataires sont la Direction Des Ressources Humaines, la Direction des soins, les cadres de pôle et les cadres de proximité, la médecine de santé au travail ainsi que les agents.

3. Documents de référence

- Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant sur les droits et les obligations des fonctionnaires
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant sur les dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière – Articles 71 à 76.
- Décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la FPH
- Décret n° 89-376 du 8 juin 1989 relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé
- Décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Arrêt Conseil d'Etat, 2 octobre 2002, CCI de Meurthe et Moselle : le reclassement pour inaptitude physique est un principe général du droit.

4. Définitions et abréviations

- CCI : Chambre du commerce et de l'industrie
- CDI : Contrat à durée indéterminée
- CHCB : Centre hospitalier de la Côte Basque
- CREPA : Commission de reclassement et de postes aménagés
- DRH : Direction des ressources humaines
- FPH : Fonction publique hospitalière

5. Matériels, fournitures, matières premières, produits et documents d'enregistrement associés

- Fiches d'aptitude de la médecine de santé au travail
- Bordereaux de mouvement
- Certificats médicaux
- Expertises médicales

6. Les étapes de la procédure

Etape 1 :

La personne en charge de la CREPA à la DRH et référente du personnel administratif, technique et logistique, et la personne chargée du personnel soignant, examinent, de manière hebdomadaire, toutes les **fiches d'aptitude** adressées par la médecine de santé au travail.

Etape 2 : l'agent est apte

Si nous recevons une fiche d'aptitude concernant un agent et que celui-ci est apte à ses fonctions, la fiche d'aptitude est classée dans le dossier de l'agent par le biais des gestionnaires.

Etape 3 : l'agent continue de travailler alors qu'il a des restrictions

Si la situation de l'agent au travail est préoccupante, il y a deux solutions :

- Soit, l'encadrement a une solution pour **aménager le poste** en fonction de ses restrictions.

Une étude de poste peut-être demandée par le biais de la médecine de santé au travail, par le cadre de proximité ou par la personne en charge de la CREPA et référente du personnel administratif, technique et logistique à la DRH. Parallèlement, la médecine de santé au travail peut effectuer elle-même une étude de poste de l'agent.

- Soit, l'agent est positionné de manière temporaire sur un **poste du même grade** mais plus léger et compatible avec ses restrictions médicales.

Dans ce cas, la personne en charge de la CREPA et référente du personnel administratif, technique et logistique et/ou la personne chargée du personnel soignant à la DRH étudient les possibilités suivant les besoins des services. Si une solution est envisageable, elle est proposée aux cadres de proximité ou de pôle ainsi qu'à l'agent et l'avis de la médecine de santé au travail est demandé.

- o En cas d'accord, le cadre de proximité qui reçoit l'agent doit remplir un bordereau de mouvement à retourner à la personne en charge de la CREPA et référente du personnel administratif, technique et logistique ou à la personne chargée du personnel soignant à la DRH, suivant le secteur d'activité de l'agent.
- o En cas de désaccord de l'un des cadres ou de l'agent avec la solution trouvée :
 - Le poste de l'agent est aménagé de façon temporaire.
 - L'agent voit son médecin traitant pour un arrêt de travail
 - L'agent est placé en congés.

Dans tous les cas, il est inscrit en CREPA auprès la personne en charge de la CREPA et référente du personnel administratif, technique et logistique à la DRH pour rechercher collégialement une solution lui permettant de reprendre une activité.

Etape 4 : l'agent est actuellement en congés maladie

Il y a plusieurs cas de figure :

- Quand l'inaptitude peut s'améliorer ou disparaître avec un traitement et/ou des soins, il n'est pas nécessaire de faire une recherche de reclassement car l'agent pourra reprendre ses fonctions à l'issue de son arrêt de travail.
- S'il s'agit d'un agent déjà connu par la DRH (courts arrêts de travail fréquents) ou bien si le cadre fait remonter des problèmes persistants le concernant, il y a plusieurs choix possibles :

- L'agent est invité à rencontrer la personne en charge de la CREPA et référente du personnel administratif, technique et logistique et/ou la personne chargée du personnel soignant à la DRH et/ou la responsable de la cellule formation, orientation, compétences afin d'éclaircir sa situation et de trouver une solution adaptée

- **Aménager son poste de travail** en fonction de ses restrictions médicales Une étude de poste peut-être demandée.

La DRH fait une **proposition écrite de poste** à l'agent.

Si le poste aménagé proposé est refusé par l'agent, ce dernier doit le signifier par écrit. La DRH lui fait parvenir, par écrit également, la prise en compte de son refus de poste.

S'il est accepté, l'agent est informé par écrit des conditions et de la date de sa reprise de fonctions. Dans le courrier, il lui est précisé de prendre contact avec son nouveau cadre de proximité et avec la médecine de santé au travail.

Si un aménagement n'est pas possible :

- l'agent est positionné de manière temporaire, sur un **poste du même grade** mais plus léger et compatible avec ses restrictions médicales.

Dans ce cas, la personne en charge de la CREPA et référente du personnel administratif, technique et logistique et/ou à la personne chargée du personnel soignant à la DRH, étudient les possibilités suivant les besoins des services. Si une solution est envisageable, elle est proposée aux cadres de proximité ainsi qu'à l'agent.

En cas d'accord, le cadre de proximité qui reçoit l'agent doit remplir un bordereau de mouvement à retourner à la personne en charge de la CREPA et référente du personnel administratif, technique et logistique ou à la personne chargée du personnel soignant à la DRH, suivant le secteur d'activité de l'agent.

En cas de désaccord de l'un des cadres ou de l'agent avec la solution trouvée, l'agent est maintenu en congé maladie (ordinaire, longue maladie, longue durée ou maladie grave) ou en congés.

Il est inscrit en CREPA auprès de la personne en charge de la CREPA et référente du personnel administratif, technique et logistique à la DRH pour rechercher collégialement une solution lui permettant de reprendre une activité.

- La DRH demande à l'agent de prendre rendez-vous avec le service de médecine de santé au travail afin d'obtenir des indications complémentaires sur ces restrictions.

La fiche est mise en attente jusqu'à la réception de l'avis.

La DRH peut adresser un courrier à l'agent en l'invitant à prendre rendez-vous avec la médecine de santé au travail et/ou demande une expertise médicale auprès d'un médecin agréé.

Au regard des informations complémentaires récoltées l'agent est alors inscrit en CREPA, auprès de la personne en charge de cette commission et référente du personnel administratif, technique et logistique à la DRH, afin de chercher collégialement une solution lui permettant de reprendre une activité.

Etape 5 : une solution est apportée

Si la solution est un **aménagement du poste**, des fonctions, des conditions ou du temps de travail (temps partiel thérapeutique), la DRH communique à l'agent les conditions et la date de reprise de ses fonctions par écrit et l'invite à se rapprocher de l'encadrement pour les modalités pratiques de sa prise de poste.

Le cadre de proximité est chargé de fournir la nouvelle fiche de poste.

Il faut noter que le temps partiel thérapeutique est une décision qui émane du comité médical ou de la commission de réforme.

Si l'aménagement du poste n'est pas possible, l'agent est **reclassé professionnellement sur un poste du même grade**, de manière temporaire.

La DRH positionne l'agent sur le poste, de façon temporaire, pour la durée de son inaptitude. Elle communique à l'agent les conditions et la date de reprise de ses fonctions par écrit.

Le cadre de proximité est chargé de fournir la nouvelle fiche de poste.

Etape 6 :

Si l'employeur ne trouve pas de solution :

- L'agent est maintenu en congé maladie (ordinaire, longue maladie, longue durée ou maladie grave) ou en congés.
- L'agent est mis à la retraite pour invalidité s'il réunit les conditions.
- L'agent est mis en disponibilité d'office pour raison de santé (conditions préalables à remplir) en cas d'expiration de ses droits à congés.

LABAT

Alexia

2015

Attaché d'administration hospitalière

Promotion 2015

Le reclassement des personnels hospitaliers : un enjeu crucial en matière d'optimisation des ressources humaines

Résumé :

Dans un contexte économique et social exigeant, le reclassement des personnels hospitaliers, au sens large du terme, est un enjeu fort de la politique sociale des établissements de santé.

La prise en compte de l'augmentation des inaptitudes pour raisons de santé, conséquences de multiples facteurs démographiques, sociaux, sanitaires et politiques, doit être placée au cœur des politiques de prévention des risques professionnels des établissements. Les inaptitudes ont, en effet, des incidences sur les capacités des agents concernés à occuper un poste de travail ainsi que sur leur évolution professionnelle.

Le reclassement, processus lourd, est cependant un levier majeur en matière de lutte contre l'absentéisme pour raisons de santé ainsi que dans le redéploiement des effectifs à l'heure où les marges financières se tarissent. De plus, il revêt, une fonction sociale déterminante en permettant le maintien dans l'emploi des agents en difficultés de santé.

Il est ainsi nécessaire de souligner les enjeux et les outils possibles afin d'intégrer le reclassement comme un élément à part entière de la gestion des ressources humaines au sein des établissements de la fonction publique hospitalière.

Mots clés :

Reclassement – inaptitude – handicap – gestion des ressources humaines – réinsertion professionnelle – politique sociale – santé au travail – prévention

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.