

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2018 –

**OPACITE DES LIENS SANTE-TRAVAIL DANS LA
PRODUCTION DE HANDICAPS ET
D'INAPTITUDES : LE CAS DES AS ET ASH DANS
LES SECTEURS SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL**

– Groupe n° 19 –

- | | |
|---------------------|-------------------|
| – Myriam BATHEROSSE | – Lucie PERROT |
| – Hélène BUHANNIC | – Adeline ROUBY |
| – Céline DOGNA | – Emilien SAUGRIN |
| – Romain GERARD | – Laure TAILLADE |
| – Oliver LAPIQUE | – Audrey VIGNERON |

Animateur/trice(s)

Mme DAUBAS-LETOURNEUX

Mme FILLION

S o m m a i r e

| | |
|--|-----------|
| Introduction | 10 |
| 1. La portée insuffisante de l'obligation de résultat des employeurs en matière de protection de la santé et de la sécurité du personnel : des secteurs sanitaire et médico-social toujours générateurs de handicaps et d'inaptitudes pour les AS et les ASH..... | 13 |
| 1.1. Le renforcement progressif des obligations pesant sur les employeurs en matière de santé et de sécurité au travail..... | 13 |
| 1.1.1. Une responsabilisation des employeurs initialement fondée sur l'indemnisation | 13 |
| 1.1.2. La consécration d'une obligation de sécurité de résultat impliquant une logique préventive..... | 13 |
| 1.1.3. L'obligation de recrutement des travailleurs handicapés | 15 |
| 1.2. Le constat alarmant de conditions de travail susceptibles de générer des handicaps et inaptitudes dans les secteurs sanitaire et médico-social..... | 16 |
| 1.2.1. Une qualité de vie au travail dégradée au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux | 16 |
| 1.2.2. Les AS et ASH, postes à forte pénibilité..... | 18 |
| 2. Si des actions ont été engagées par les pouvoirs publics et les établissements, des masques multifactoriels ne permettent pas de faire la lumière sur les inaptitudes et les handicaps du public cible..... | 20 |
| 2.1. La persistance de masques réglementaires et institutionnels par une juxtaposition d'actions publiques sans réelle cohérence malgré une prise de conscience nationale | 20 |
| 2.1.1. Une avancée des pouvoirs publics vers une meilleure visibilité du lien santé-travail par un « millefeuille » de mesures sans réelle articulation et pilotage ... | 20 |
| 2.1.2. Une déficience à plusieurs niveaux des organismes « étatiques » compétents dans le champ du handicap et des invalidités..... | 21 |
| 2.1.3. Une invisibilisation exacerbée par un manque de recensement des inaptitudes et des handicaps | 22 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2. Des masques intrinsèques aux limites de la médecine et induits par les complexités procédurales de la reconnaissance des inaptitudes et des handicaps..... | 22 |
| 2.2.1. Un processus de reconnaissance des inaptitudes et des handicaps vecteur de sous-déclaration | 22 |
| 2.2.2. Des obstacles inhérents à l'affaiblissement de la place du médecin du travail et à l'état de la médecine..... | 23 |
| 2.3. Un déploiement de mesures au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux se heurtant aux masques produits par l'institution et les agents eux-mêmes | 24 |
| 2.3.1. Des avancées hétérogènes au sein des établissements en fonction des obligations juridiques, des initiatives prises par des acteurs clés et des effectifs | 24 |
| 2.3.2. Des obstacles à la portée de ces actions : une reproduction de masques | 25 |
| 2.3.3. Des agents eux-mêmes créateurs de zones d'ombre sur leur situation | 26 |
| 3. Une prise en compte encore perfectible des inaptitudes et des handicaps développés par les AS et les ASH qui appelle aujourd'hui à favoriser leur reconnaissance par une approche bilatérale..... | 27 |
| 3.1. Faire des inaptitudes et des handicaps liés à la particularité du secteur sanitaire et médico-social un enjeu de santé publique à l'échelle nationale | 27 |
| 3.1.1. La reconnaissance du lien santé-travail dans la production des inaptitudes et des handicaps par le déploiement de mécanismes d'alerte | 27 |
| 3.1.2. Une simplification des procédures pour lutter contre le masque de la sous-déclaration..... | 28 |
| 3.1.3. Inscrire et rationaliser l'action des acteurs spécialisés à cet enjeu dans une stratégie d'ensemble..... | 28 |
| 3.2. Rendre visible les inaptitudes et les handicaps liés au métier d'AS et d'ASH au sein des établissements à travers l'activation de différents leviers | 29 |
| 3.2.1. Mieux analyser pour prévenir les inaptitudes et les handicaps de la population cible | 29 |
| 3.2.2. Déployer une stratégie interne pluriannuelle clairement structurée, lisible et basée sur des acteurs ressources compétents | 30 |
| 3.2.3. Favoriser la mutualisation des expériences et des solutions à travers les Groupements Hospitaliers de Territoires | 32 |
| Conclusion | 35 |

| | |
|--------------------------------|-----------|
| Bibliographie..... | I |
| Liste des annexes | IV |

R e m e r c i e m e n t s

Nous souhaitons, tout d'abord, remercier l'ensemble des interlocuteurs qui ont accepté de répondre à nos questions. Tous nous ont accordé du temps malgré le temps limité de nos démarches et ont su nourrir nos réflexions par leurs expériences enrichissantes.

Nous remercions les référentes de notre groupe de travail, Madame Véronique DAUBAS-LETOURNEUX et Madame Emmanuelle FILLION, qui ont su nous éclairer sur le sujet grâce à des échanges instructifs mais aussi par leurs précieux conseils bibliographiques.

Nous tenons, enfin, à remercier l'Ecole des Hautes-Etudes de Santé publique, et plus précisément Madame Emmanuelle GUEVARA et Monsieur Christophe LE RAT, qui ont rendu possible l'élaboration d'un travail interprofessionnel enrichissant pour l'ensemble des membres de ce groupe.

Liste des sigles utilisés

AGEFIPH = Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées

AMP = Aide Médico-Psychologique

ARS = Agence Régionale de Santé

AS = Aide-Soignant

ASH = Agent de Service Hospitalier

AT/MP = Accident du travail/Maladies Professionnelles

CASF = Code de l'Action Sociale et des Familles

CHU = Centre Hospitalo-Universitaire

CHSCT = Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CLACT = Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Soins

CNAMTS = Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNOM = Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM = Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DARES = Direction de l'Animation, de la Recherche et des Etudes Statistiques

DGOS = Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES = Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DUERP = Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

DRH = Directeur (ou Direction) des Ressources Humaines

EHESP = École des Hautes Études en Santé Publique

EHPAD = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FIPHFP = Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

FNATH = Fédération Nationale des Accidentés de la vie et des Handicapés

FPH = Fonction Publique Hospitalière

GHT = Groupement Hospitalier de Territoire

GPMC = Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

HSM = Handicap Santé volet Ménage

IGAS = Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE = Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISTNF = Institut de Santé au Travail du Nord de la France

MAH = Module Ad Hoc

MDPH = Maison Départementale des Personnes Handicapées

MIP = Module Interprofessionnel

OETH = Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés

PDP = Prévention de la Désinsertion Professionnelle

UNIFAF = Union du fonds d'assurance formation de la branche sanitaire, sociale et médicosociale

USLD = Unité de Soins de Longue Durée

UE = Union Européenne

RPS = Risques psycho-sociaux

TMS = Trouble musculosquelettique

Méthodologie

Le groupe 19 du module interprofessionnel de santé publique (MIP) réunit dix élèves fonctionnaires issus des différentes filières de formation de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP). La production collective d'un rapport de 25 pages consacré à l'opacité des liens santé-travail dans la survenue de handicaps et d'inaptitudes nécessitait la mise en place et le suivi d'une méthodologie rigoureuse.

Notre première rencontre s'est tenue le jeudi 19 avril, en amont des deux semaines dédiées par l'École à l'organisation des modules interprofessionnels. Elle a été l'occasion pour chacun de se présenter aux autres membres du groupe, de revenir sur son parcours et de motiver son choix du sujet traité. Cette première rencontre nous a également permis d'échanger à propos de notre conception du sujet, de ses enjeux et de ses angles morts, posant ainsi la première pierre du travail de problématisation. Enfin, il a été question des outils nous permettant d'assurer une bonne communication entre les membres du groupe : une plateforme de partage de fichiers a été lancée via la messagerie de l'École. Elle a joué un rôle important dans les semaines qui ont suivi en constituant un lieu d'échange collectif malgré la distance qui pouvait parfois nous séparer.

Notre premier échange téléphonique avec l'une de nos animatrices, Mme Emmanuelle Fillion, s'est déroulé le mardi 24 avril. Nous avons ainsi pu la questionner sur le sens donné au terme d'*invisibilisation*, qui a suscité quelques interrogations lors de notre premier temps de rencontre, ainsi que sur la tenue des entretiens. Du point de vue de la méthode, nous avons opté pour une participation collective à la phase de recherche documentaire et de constitution d'une base bibliographique. En conséquence, nous nous sommes réparti la lecture des documents proposés par nos deux animatrices en veillant à respecter une forme d'équité dans le nombre de pages à lire. Ces lectures, mêlant articles de presse, articles de revues scientifiques et rapports administratifs, nous ont permis de mieux cerner les enjeux de notre sujet. Chacun a alors produit une fiche de synthèse reprenant les points clefs de ses lectures, qu'elles aient été conseillées par les animatrices ou le fruit de ses recherches personnelles, afin de les partager avec le reste du groupe.

Le 3 mai, au moment de l'ouverture de la séquence consacrée au travail de groupe, nous avons ainsi chacun une vision d'ensemble sur la question des liens santé-travail et leur manque de visibilité. Nous avons alors rencontré nos deux animatrices, Mme Véronique Daubas-Letourneux et Mme Emmanuelle Fillion. A l'issue d'un échange fructueux, nous avons affiné notre problématique et déterminé trois angles de réponse. Ces trois angles

préfiguraient les trois parties de ce rapport dans lesquelles nous avons souhaité aborder tant le secteur public que le secteur privé au regard de la présence indifférée de la population étudiée dans ces derniers. Nous avons alors choisi de scinder le groupe en trois sous-groupes, chacun ayant en charge la rédaction d'une partie du rapport. Nous avons également désigné une personne chargée de la mise en cohérence de ces contenus pouvant se révéler disparates.

Ces deux jours de travail nous ont également permis d'élaborer deux trames pour la tenue d'entretiens semi-directifs : une première grille d'entretiens destinée aux personnels de terrain, les AS et ASH que nous avons sollicité, et une grille destinée aux acteurs institutionnels et issus du monde académique. Nous nous sommes également réparti les entretiens qui nous avaient été proposés par nos deux animatrices. Néanmoins, face au peu d'entretiens prévus avec des aides-soignants et des agents de service hospitalier (AS/ASH), l'une des principales cibles de notre travail de recherche, nous avons décidé d'élargir la liste proposée afin de donner plus de poids à la parole des acteurs de terrain. Au cours de ces deux semaines de travail, nous avons menés 13 entretiens. L'ensemble des entretiens a fait l'objet d'une synthèse, permettant à chaque membre du groupe de se les approprier.

Les dix derniers jours de travail ont été consacrés à la rédaction de ce rapport. Cette dernière semaine a été émaillée de plusieurs rencontres dédiées à la mise en forme du rapport final.

Introduction

Dans son ouvrage *Ignorance scientifique et inaction publique : les politiques de santé au travail* publié en 2017, le politiste et sociologue Emmanuel Henry met au jour l'invisibilité qui frappe aujourd'hui les enjeux de santé au travail. Entre une production scientifique qui ne permet pas de prendre la pleine mesure des effets du travail sur la santé, des systèmes d'information encore parcellaires et une forme de dépolitisation qui maintient les questions des maladies professionnelles hors du débat public, un *voile d'ignorance* drapè les liens entre travail et production de handicaps et d'inaptitudes.

Si certains risques professionnels, à l'image de l'exposition à l'amiante, ont fait l'objet d'une médiatisation ayant contraint les pouvoirs publics à réagir, nombreux sont les risques à demeurer invisibles et méconnus. Les établissements sanitaires et médico-sociaux sont particulièrement concernés par ces enjeux de santé au travail. Lieux de travail, lieux de vie, lieux de soins, lieux de recherche et de formation, ces établissements réunissent des professionnels d'horizons divers exerçant un large panel d'activités et de métiers. Ainsi concentrent-ils de nombreux facteurs de risques professionnels qui, seuls ou en interaction les uns avec les autres, peuvent porter atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des personnes qui exercent en leur sein.

Les questions relatives aux politiques du handicap et à leurs articulations avec la santé au travail ont fait l'objet de deux modules interprofessionnels de santé publique (MIP) réalisés en 2016 et en 2017 à l'EHESP¹. S'ils ont permis de mettre en avant « l'opacité des liens santé-travail »² en se concentrant sur la coordination des politiques d'accès à l'emploi pour les personnes en situation de handicap et les politiques de santé au travail, ces travaux ont ouvert la voie à une étude approfondie des liens non perçus et non reconnus qui peuvent exister entre le travail réel et les processus conduisant à des inaptitudes. En somme, il s'agira d'explorer les facteurs et les modes d'invisibilisation qui troublent la perception des liens entre la santé et le travail.

En complémentarité avec les travaux précédemment cités, ce travail de recherche vise à identifier, classer et analyser les différents « masques »³ conduisant à cette méconnaissance des liens entre le travail et la survenue des inaptitudes et des handicaps dans

¹ MIP du Groupe 14 dirigée par DAUBAS-LETOURNEUX Véronique et FILLION Emmanuelle, « Politiques d'emploi des personnes en situation de handicap et politiques de santé au travail dans le secteur sanitaire et médico-social, quelles articulations ? », EHESP, 2017.

² LHUILIER Dominique, « L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail », *Sciences Sociales et Santé*, Vol 28, N°2, juin 2010.

³ GOLLAS Michel et VOLKOFF « Santé et Travail. Déni, visibilité, mesure », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, décembre 2006.

les champs sanitaire et médico-social. L'étude se concentrera sur le cas des agents de service hospitaliers (ASH) et des aides-soignants (AS) qui, s'ils constituent un socle essentiel au fonctionnement des établissements sanitaires et médico-sociaux, demeurent particulièrement exposés à la survenue d'incapacités pouvant conduire à la déclaration d'inaptitudes partielles ou définitives. En effet, l'aide-soignant et l'agent de service hospitalier exercent des fonctions soumises à des contraintes significatives. Le métier d'aide-soignant consiste à apporter son soutien aux personnes dépendantes pour tous les actes de la vie quotidienne et notamment à assurer l'hygiène, et le confort du patient. L'ASH est lui chargé de l'entretien et de l'hygiène des locaux dans les hôpitaux et les structures médico-sociales. Il participe également aux tâches permettant d'assurer le confort de l'utilisateur.

Dans la lignée des travaux précédents, il s'agit d'appréhender la notion de handicap dans sa globalité, telle qu'elle a été définie par la loi du 11 février 2002⁴. Au titre de l'article L. 114 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), constitue un handicap « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». De la prise en compte de l'environnement professionnel dans lequel évolue la personne en situation de handicap découle la notion d'inaptitude. Le concept d'inaptitude, et son corollaire « l'aptitude », est intimement lié à l'histoire de la médecine du travail qui s'est structurée à partir de la loi du 11 octobre 1946⁵ en France. En effet, l'inaptitude médicale au poste de travail est prononcée par le médecin du travail au terme d'une procédure qui comprend plusieurs visites médicales et une étude du poste de travail occupé par le salarié concerné. Si la notion d'inaptitude résulte donc de l'incompatibilité entre l'état de santé physique ou mental du salarié et le poste qu'il occupe, il s'agit avant tout d'une notion juridique qui évolue et s'adapte au gré des changements de législation et de réglementation. La loi du 8 août 2016⁶, le décret du 27 décembre 2016⁷, et plus récemment l'ordonnance du 22 septembre 2017⁸, sont ainsi venus modifier les dispositifs relatifs à l'inaptitude médicale du travail salarié.

Le manque de visibilité des processus qui conduisent à la production de handicaps et d'inaptitudes dans un contexte professionnel fait peser plusieurs enjeux sur les

⁴ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

⁵ Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail (JO du 12)

⁶ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 (JO du 9)

⁷ Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 (JO du 29)

⁸ Ordonnance n° 2017-1387 du 22 septembre 2017 relative à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail (JO du 23)

établissements sanitaires et médico-sociaux. Enjeu de santé publique tout d'abord, le travail de prévention demeure relativement peu efficace en la matière. Les établissements ne disposent que de peu de données et d'outils leur permettant d'éclairer avec précision les liens entre l'état de santé de leurs agents et leurs conditions de travail. A l'échelle individuelle, les procédures d'accompagnement dans l'emploi arrivent souvent trop tard, une fois que les handicaps et inaptitudes ont été déclarées. Enjeu organisationnel et social ensuite, tant la menace économique de la sortie de l'emploi pèse sur ces agents peu qualifiés et difficiles à reclasser.

Nous nous attacherons donc à répondre aux problématiques suivantes : **Pourquoi existe-t-il autant de masques obstruant la perception et la compréhension des liens entre le travail réel et les inaptitudes et handicaps qu'il peut être amené à produire ? Est-il possible de faire tomber ces masques et ainsi rendre visibles les atteintes à la santé physique et mentale dont peuvent souffrir les AS et ASH dans le cadre de leur travail afin de mieux en prévenir les risques ?**

Dans un premier temps, nous montrerons que le secteur sanitaire et le secteur médico-social demeurent particulièrement générateurs de handicaps et d'inaptitudes pour les AS et ASH en dépit de l'obligation de résultat qui pèse sur les employeurs en matière de protection de la santé et de la sécurité du personnel (I). Dans un second temps, nous identifierons et analyserons les masques qui, produits à différents niveaux, sont à l'origine de l'invisibilisation des liens santé-travail dans le secteur (II). Enfin, nous terminerons en mettant en avant les marges de manœuvre et les leviers d'action qui, aux mains des professionnels du secteur, permettraient de mettre en visibilité cette relation complexe et multifactorielle qui lie travail et santé et d'en prévenir les principaux risques (III).

1. La portée insuffisante de l'obligation de résultat des employeurs en matière de protection de la santé et de la sécurité du personnel : des secteurs sanitaire et médico-social toujours générateurs de handicaps et d'inaptitudes pour les AS et les ASH

1.1. Le renforcement progressif des obligations pesant sur les employeurs en matière de santé et de sécurité au travail

1.1.1. Une responsabilisation des employeurs initialement fondée sur l'indemnisation

L'une des premières pierres posées à l'édifice de la santé et de la sécurité au travail est la loi du 9 avril 1898 concernant les accidents du travail. Par cette loi, a été consacré le passage d'une responsabilité individuelle pour faute donnant lieu à une appréciation individualisée par un juge à une responsabilité pour risque professionnel qui repose sur une indemnisation forfaitaire ou, plus exactement, encadrée par avance dans le cadre d'un barème forfaitaire d'évaluation.

Pour les maladies professionnelles, il a fallu attendre la loi du 25 octobre 1919 pour que soit étendu le système de l'indemnisation forfaitaire à celles-ci. Pour en bénéficier, il faut répondre aux conditions définies par des tableaux arrêtés par les pouvoirs publics. Ainsi, et jusqu'en 1993, il fallait réunir trois conditions cumulatives inscrites au tableau que sont : être atteint de la maladie, avoir réalisé les travaux susceptibles de la provoquer et répondre au délai de prise en charge. Ce manque de souplesse limitait fortement la reconnaissance, et donc l'indemnisation des maladies professionnelles poly factorielles ou insuffisamment intégrées au tableau. A partir de 1993, a donc été instauré un système complémentaire de reconnaissance assouplissant le caractère cumulatif des trois conditions.

Par ces deux dispositifs, les obligations à la charge de l'employeur demeurent indemnitaires. Le mécanisme de cotisation variable en fonction de la sinistralité dans la structure permet d'inciter les employeurs à prévenir les risques professionnels. Toutefois, la prévention demeurait insuffisante d'où un élargissement progressif des obligations à la fin du XXe siècle.

1.1.2. La consécration d'une obligation de sécurité de résultat impliquant une logique préventive

Les années 1980 ont marqué un tournant dans la santé et la sécurité au travail passant, ainsi, de ce que l'on appelait la médecine du travail à la santé au travail.

Tout d'abord, en 1982, la fonction publique s'est vu appliquer, en partie, les dispositions du Code du travail relatives à la santé au travail⁹. Cela a pu permettre un alignement entre les deux secteurs.

Ensuite, l'évolution majeure est intervenue sur le plan européen avec la directive n°89/391/CEE du 12 juin 1989. Celle-ci a posé le principe selon lequel « *l'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail* ». Pour cela, la directive pose les principes généraux de prévention qui consistent à « *éviter les risques* », puis à « *évaluer les risques qui ne peuvent être évités* ». Il s'agit du premier pallier vers la prévention au travail. Cette directive européenne a été transposée en France par la loi du 31 décembre 1991 relative à la prévention des risques professionnels ayant permis, notamment, la création de la démarche d'évaluation a priori des risques professionnels dans le document unique. Ce document vise à déterminer les risques existants pour chaque unité de travail et les plans d'action pour les réduire.

En 2002, la Cour de cassation française a renforcé l'obligation de sécurité à la charge de l'employeur en affirmant qu'il s'agit d'une obligation de sécurité et de résultat. En ce sens, et conformément à la décision du 22 février 2002¹⁰, l'employeur ne doit pas seulement réduire le risque mais l'empêcher. Cela signifie qu'il doit mettre en œuvre toutes mesures visant à empêcher la réalisation des risques professionnels et, par conséquent, les incapacités et les handicaps qui en résultent. Toutefois, cette obligation de résultat semble atténuée depuis 2015 dès lors que la Cour de cassation¹¹ a refusé de considérer responsable l'employeur lorsqu'il avait, en amont, pris toutes les mesures de prévention prévues par le Code du travail et, en aval, adopté les mesures immédiates permettant de mettre fin aux faits mettant en danger la santé du travailleur.

Malgré ce semblant d'assouplissement, les obligations de l'employeur demeurent importantes en termes de prévention. Il doit mettre en œuvre un certain nombre de dispositifs comme le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), le carnet de santé au travail et la fiche individuelle d'exposition aux conditions de pénibilité depuis 2010. Cette obligation traduit également une protection de la santé du travailleur par son droit de retrait ou encore par son droit à un suivi médical individuel. L'ensemble de ces dispositions permettent d'affirmer que la culture préventive s'est améliorée dans le travail.

⁹ Décret du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et la sécurité au travail

¹⁰ Cass., chambre sociale, 22 février 2002, pourvoi n° 99-18389

¹¹ Cass. soc. 25 nov. 2015 n° 14-24444 ; Cass. soc. 1er juin 2016 n° 14-19702

Enfin, les employeurs ont un rôle important dans la procédure de reclassement suite à la reconnaissance de l'inaptitude. En effet, ils ont pour obligation de tout mettre en œuvre, de l'aménagement de poste au reclassement.

1.1.3. L'obligation de recrutement des travailleurs handicapés

Au regard des évolutions en termes d'indemnisation ou de prévention des risques professionnels susceptibles de générer des handicaps ou des inaptitudes, il importait également d'agir en faveur de l'emploi des travailleurs en situation de handicap. Selon l'Institut Nationale de la Statistique et des Études Economiques (INSEE), en 2016, le taux de chômage des personnes handicapées était de 18,6 % alors que celui de l'ensemble de la population active était de 10 %¹². De plus, les personnes en situation de handicap sont surreprésentées dans les emplois peu qualifiés, comme les emplois de catégorie C qui concernent notamment les AS et les ASH¹³. La loi du 10 juillet 1987 crée une obligation d'emploi en faveur des travailleurs handicapés (OETH) à hauteur de 6% des effectifs salariés dans les entreprises du secteur privé de plus de 20 salariés. Cette loi s'applique également à la fonction publique bien qu'avant 2005, les employeurs publics n'étaient pas tenus au versement d'une contribution financière en cas de non-respect du taux de 6%. Au contraire, les employeurs privés y étaient tenus depuis 1987. Dans la fonction publique, ce taux concerne tant les salariés reconnus en qualité de travailleur handicapés que les titulaires d'un emploi réservé, les agents qui bénéficient d'une allocation temporaire d'invalidité et les agents reclassés. Le secteur privé ne bénéficie pas de cette souplesse d'application de l'OETH.

Si l'OETH d'un taux de 6% s'impose, la pertinence de ce taux est questionnée¹⁴ dès lors qu'il n'a jamais fait l'objet de révision. En 2015, selon les enquêtes Emploi de l'INSEE et les statistiques de la Direction de l'Animation, de la Recherche et des Études Statistiques (DARES), la proportion des personnes handicapées dans les effectifs des entreprises du secteur privé était de 3,7 % et dans la fonction publique de 5,7 %¹⁵. Cependant, ce dernier pourcentage serait comparable à celui du secteur privé si dans la fonction publique les agents

¹² COUR DES COMPTES, *L'aide à l'insertion professionnelle des personnes handicapées : l'intervention de l'AGEFIPH et du FIPHFP*, décembre 2017, p.8.

¹³JAFFRES Fanny et GUEVEL Marie-Renée, « L'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique. Entre quota et non-discrimination, quelles pratiques des employeurs ? », Article à paraître dans le N°152 de la revue *Travail & Emploi*.

¹⁴ COUR DES COMPTES, *L'aide à l'insertion professionnelle des personnes handicapées : l'intervention de l'AGEFIPH et du FIPHFP*, décembre 2017, p.8.

¹⁵ *Ibid*, p.8.

en inaptitude ou en reclassement n'étaient pas pris en compte pour atteindre l'obligation de 6% d'emploi de travailleurs handicapés.

Depuis la loi du 11 février 2005, l'OETH est associée à la notion d'aménagement raisonnable¹⁶. Il s'agit de mesures non coercitives, à l'initiative des employeurs dont le but est de permettre l'intégration ainsi que l'égalité de traitement des travailleurs en situation de handicap. Les employeurs, du secteur public comme du secteur privé, sont désormais soumis à de nombreuses obligations en matière de santé et de sécurité au travail.

Cependant, les secteurs sanitaire et médico-social génèrent encore de nombreux handicaps et inaptitudes, questionnant les dispositifs précédemment présentés.

1.2. Le constat alarmant de conditions de travail susceptibles de générer des handicaps et inaptitudes dans les secteurs sanitaire et médico-social

1.2.1. Une qualité de vie au travail dégradée au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux

Les secteurs sanitaire et médico-social sont particulièrement concernés par une qualité de vie au travail dégradée. Le nombre de soignants rencontrant des problèmes de santé augmente et la gestion des situations qui en découle est de plus en plus complexe. L'allongement de la durée de vie au travail, le vieillissement des effectifs génère des cas d'inaptitudes recrudescentes. En effet, l'enquête Sumer de 2009¹⁷ indique que 20% à 40% des personnels du secteur de la santé sont exposés à des risques de pénibilité, parmi lesquels figurent la manutention et les postures pénibles, qui ont des conséquences sur leur santé. Selon l'Assurance Maladie, en 2016, le nombre d'accidents du travail et de trajet a augmenté de 45% en 10 ans dans le secteur de l'aide et du soin à la personne¹⁸.

Le rapport parlementaire sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées en situation de handicap (EHPAD) en date du 14 mars 2018 présenté par Mesdames Iborra et Fiat souligne le caractère répétitif et pénible des actes des personnels en EHPAD. En effet, les accidents du travail seraient deux fois plus fréquents en comparaison avec la moyenne nationale, toute activité confondue, et plus élevé que dans le secteur du bâtiment et des travaux publics.

¹⁶ THIVET Thivet et FILLION Emmanuelle, « Lutte contre les discriminations : l'exemple des personnels hospitaliers », *Les cahiers de la fonction publique*, N°373, janvier 2017, p.28.

¹⁷ MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, *Enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER)*, 2009.

¹⁸ ASSURANCE MALADIE, *L'essentiel 2016 santé et sécurité au travail*, septembre 2017, p.5.

Une étude épidémiologique de 2010 dans le Nord-Pas-de-Calais à l'initiative de l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF) ainsi qu'une enquête conduite en 2005 et en 2006 en Aquitaine révèlent que les inaptitudes sont dues dans 47% des cas à des maladies du système ostéoarticulaire¹⁹. Il apparaît également que le niveau de maintien dans l'emploi est très faible lorsque les salariés sont déclarés inaptes. Ainsi, dans neuf cas sur dix, la décision d'inaptitude est suivie d'un licenciement.

Le contexte actuel d'une qualité de vie au travail très dégradée dans les établissements sanitaires et médico-sociaux est particulièrement alarmant en ce qu'il emporte de nombreuses conséquences. La mauvaise santé des agents est susceptible d'impacter la qualité et la sécurité des soins des usagers et d'avoir une incidence financière sur les établissements. En effet, l'absentéisme pour des raisons de santé nuit à l'organisation des services. Cela représente des coûts importants en termes de remplacements, qui ne sont d'ailleurs pas toujours effectués, une surcharge de travail sur les personnels en poste ainsi qu'une réduction de la productivité. En outre, la bonne santé des personnels des secteurs sanitaire et médico-social est le gage d'un climat social apaisé et apparaît comme un levier de performance sociale. Ces constats interrogent les ratios d'encadrement dans ces secteurs.

La mission « flash » de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale conduite par Mme Iborra, du 13 septembre 2017, pose le constat d'une population en EHPAD qui est aujourd'hui plus âgée, plus malade et plus dépendante²⁰. De plus, en raison de la diminution du nombre de places en unités de soins de longue durée (USLD), la population accueillie en EHPAD se rapproche de celle qui était accueillie auparavant en USLD. Pourtant, les moyens humains et financiers n'ont pas fait l'objet d'un transfert en faveur des EHPAD. L'augmentation de la dépendance dans ces établissements implique une charge de travail supplémentaire en raison de la surveillance que nécessitent ces nouveaux profils de résidents. Cela est susceptible d'accroître la pénibilité mentale des personnels : « *Il y a de plus en plus de violence. Les coups, c'est terrible, c'est pire que les insultes, parce qu'on est atteint. Un coup de poing dans la figure, on sait qu'on n'a pas le droit de le rendre. Mais c'est très difficile de ne pas réagir.* », Brigitte, Aide Médico-Psychologique suite à une reconversion professionnelle, 41 ans, en EHPAD privé à but lucratif, depuis 14 ans. Enfin, le raccourcissement de la durée des séjours en EHPAD est aussi de nature à accroître la charge de travail des personnels qui accueillent et accompagnent plus régulièrement de nouveaux résidents : « *Si*

¹⁹ BERGER Eric, « Statistiques : les chiffres inquiétants de l'inaptitude », *Santé & Travail*, N°074, avril 2011.

²⁰ IBORRA Monique et FIAT Caroline, *Rapport d'information par la commission des affaires sociales en conclusion de la mission sur les EHPAD*, mars 2018, p. 16.

*l'accompagnement de personnes âgées dans les gestes de la vie quotidienne a toujours été le cœur du métier soignant en EHPAD, les missions des professionnels se sont au fil du temps davantage concentrées sur des tâches de soin, de nursing et d'hygiène de base au détriment, en proportion, de l'accompagnement relationnel, humain et du maintien des capacités ».*²¹

Néanmoins, la représentativité des propos développés ci-dessus demeure subordonnée à l'état actuel des connaissances scientifiques, à l'objectivation du lien de causalité entre la santé et le travail par des moyens légaux ou encore aux déclarations des accidents ou des maladies.

Ces développements permettent de comprendre le contexte dans lequel évoluent les AS et les ASH, un public particulièrement concerné par la pénibilité ainsi que par la production de handicaps et d'inaptitudes par le travail.

1.2.2. Les AS et ASH, postes à forte pénibilité

Selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de 2013²², 57 % des aides-soignants ont entre 40 et 60 ans ; un quart ont 50 ans ou plus. Les départs en retraite sont d'ores et déjà la cause de 17 % des fins de contrat d'aides-soignants survenues en 2009, soit l'un des taux de départ les plus élevés au sein du personnel soignant. Seuls les ASH ont un taux plus élevé, avec 19 % de départs en retraite parmi les fins de contrat en 2009 ; les femmes ont en moyenne 40 ans et demi et les hommes deux ans de moins.

Une étude épidémiologique et ergonomique²³ auprès de 1 505 soignants de 26 services de soins et 12 hôpitaux réalisée par M. Estry-Behar et J.P. Fouillot met en évidence les causes de pénibilité des secteurs de soins²⁴. Les résultats concernent les personnels soignants et plus particulièrement les AS et ASH. Le travail de ces professionnels est caractérisé par de fortes contraintes physiques : la station debout prolongée, la manutention de personnes, les mouvements répétitifs, les déplacements, les postures inconfortables... « *Le soir, je rentre, je suis épuisée et mon dos me fait souffrir.* », Marie, 25 ans aide-soignante. Ainsi, peuvent être mentionnées deux contraintes physiques récurrentes. La première est la posture : la posture assise est adoptée en moyenne ¼ du temps total de travail par les AS

²¹ DREES, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les dossiers de la DREES*, N°5, septembre 2016.

²² DREES, « Les personnels soignants de plus en plus âgés », *Etude et Résultats*, N°846, juillet 2013 (graphiques 1 et 2 de l'annexe n°3)

²³ M. ESTRYN-BEHAR ET J.P. FOUILLOT, « Etude de la charge physique du personnel soignant – Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins », *Etude ergonomique*, INRS, 1990.

²⁴ A également été mis en évidence par des données de la DARES et de la DREES illustrées par le graphique n°3 de l'annexe n°3

quels que soient leurs horaires (rédactions des transmissions ciblées), à cela s'ajoutent les postures pénibles (penchées, accroupies, bras en l'air, manutention de malades, poussée de chariots) qui sont observées pendant un quart du temps. La seconde vise les distances parcourues : celles-ci sont plus importantes pour les personnels de nuit, et pour les AS (10km au cours d'un poste). Au-delà de la distance, c'est la fréquence des déplacements qui joue (pour un poste d'AS, le nombre de déplacements est compris entre 100 et 200)²⁵.

D'autres difficultés sont souvent énoncées par les professionnels, comme celles faisant référence à la notion de « travail empêché ». Il s'agit d'actes qui entrent en désaccord avec l'éthique que chaque individu s'applique mais qui permettent de respecter des normes temporelles. Le dossier « La santé à l'épreuve du travail » de la revue *Mouvements* en 2009, met ainsi en lumière qu'au regard des nouvelles formes d'organisation du travail, « *la santé est devenue l'ultime ressource dans laquelle puiser pour « tenir » au travail* »²⁶.

En outre, des glissements de tâches sont souvent mis en exergue : « *Ici, ce n'est pas comme dans les autres EHPAD où les ASH ne font pas de soins. Mais c'est historique, parce que les AS se sont battues pour que les ASH continuent à faire du soin. On ne fait pas de différence, l'idée, c'est de s'entraider. Les ASH ne se voient pas faire que du ménage. Et puis on ne pourrait pas faire autrement de toute façon, il n'y a pas assez d'AS. Ça n'a jamais créé de problèmes ici, ça fait de la solidarité* »²⁷. Il existe de manière fréquente une dissonance entre le travail prescrit et le travail réel afin de suppléer à la charge en soins trop importante.

Les AS et les ASH mettent également en avant une charge mentale importante. Celle-ci est alimentée notamment par l'intensification du travail et un isolement croissant des agents. Ces derniers doivent aussi affronter des fins de vie qui peuvent avoir des répercussions importantes sur leur état psychologique. Celui-ci est également affecté par des conflits avec les usagers et leur entourage qui peuvent être à l'origine de violences verbales et physiques.

Enfin, les établissements sanitaires et médico-sociaux sont davantage concernés par les horaires atypiques. Le travail de nuit, le travail en douze heures et le travail le dimanche sont autant de situations auxquelles les agents sont confrontés.

Malgré le constat des spécificités des secteurs sanitaire et médico-social en termes de production de handicaps et d'inaptitudes, l'invisibilité du lien santé travail demeure. Il

²⁵ Institut de la Santé au Travail du Nord de la France, *Rapport régional des indicateurs sur les inaptitudes en Nord Pas-de-Calais*, 2013.

²⁶ F. DEBOUT ET AL., « La santé à l'épreuve du travail », *Mouvements*, N°8, février 2009, p. 7-12.

²⁷ DREES, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les dossiers de la DREES*, N°5, septembre 2016.

importe d'identifier les masques à l'origine de celle-ci afin de pouvoir mieux prendre en compte la santé des agents.

2. Si des actions ont été engagées par les pouvoirs publics et les établissements, des masques multifactoriels ne permettent pas de faire la lumière sur les inaptitudes et les handicaps du public cible.

2.1. La persistance de masques réglementaires et institutionnels par une juxtaposition d'actions publiques sans réelle cohérence malgré une prise de conscience nationale

2.1.1. Une avancée des pouvoirs publics vers une meilleure visibilité du lien santé-travail par un « millefeuille » de mesures sans réelle articulation et pilotage

On assiste à une multiplication des mesures du pouvoir législatif et réglementaire pour améliorer la prise en charge de la santé au travail²⁸. En effet, la sinistralité professionnelle mais également l'allongement des carrières a entraîné une prise de conscience récente des pouvoirs publics. Ainsi, la signature d'un accord le 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail a érigé la prévention des risques professionnels comme une priorité tandis que le protocole d'accord cadre du 22 octobre 2013 a permis d'élargir l'appréhension des risques professionnels aux risques psycho-sociaux (RPS). Dans ce sillage, diverses mesures ont suivi dont la circulaire du 28 mars 2017 relative au plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique.

Cependant, cette superposition de mesures ne permet pas une meilleure visibilité des inaptitudes et des handicaps des AS et des ASH. En effet, elles sont très générales car, à l'exception de l'emploi des travailleurs handicapés, il n'existe pas à l'échelle nationale de plan visant à la prise en charge des inaptitudes pour raisons de santé au travail²⁹. Ainsi, c'est une levée de rideau incomplète car il s'agit d'une « *juxtaposition d'actions publiques éparses, où un flou persiste autour du public cible* »³⁰. Ensuite, les administrations centrales ne disposent pas d'un réel pouvoir de pilotage expliquant, en partie, cet effet de superposition. En effet, conformément au principe d'autonomie des établissements hospitaliers, les autorités de tutelles telles que la Direction Générale de l'Offre de Soins

²⁸ DIRECCTE des Pays de la Loire, *L'inaptitude en 50 questions*, 2^e édition, Novembre 2012, p.1.

²⁹ LABAT Alexia, *Le reclassement des personnels hospitaliers : un enjeu crucial en matière d'optimisation des ressources humaines*, EHESP, décembre 2015, p.31.

³⁰ JAFFRES Fanny et Marie-Renée Guével, *L'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique. Entre quota et non-discrimination, quelles pratiques des employeurs ?*, Revue Travail & Emploi, Article à paraître dans le numéro 152, p.6.

(DGOS) ou les Agences Régionales de la Santé (ARS) interviennent peu comme échelon de décision en matière de gestion des ressources humaines laissant une appréciation à chaque structure.

Cette myriade de mesures sans articulation est vectrice d'invisibilisation des handicaps et inaptitudes d'autant plus que des organismes « étatiques » viennent compléter ce dispositif et reproduire des invisibilités.

2.1.2. Une déficience à plusieurs niveaux des organismes « étatiques » compétents dans le champ du handicap et des invalidités

Divers organismes interagissent dans la mise en œuvre d'actions en lien avec la thématique en question. On en dénombre deux principaux : le Fonds pour l'Insertion pour les Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) qui vise à favoriser l'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique par des aides financières tandis que l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées (AGEFIPH) détient une mission similaire dans le secteur privé. Enfin, les établissements sanitaires et médico-sociaux peuvent recevoir des crédits des ARS dans le cadre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT). Pour continuer, en se plaçant du côté des AS et des ASH, on recense plusieurs acteurs qui complètent l'action des précédents : le médecin conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)...

Toutefois, ces entités apparaissent comme déficientes à plusieurs niveaux. C'est notamment le cas de l'AGEFIPH et du FIPHFP en raison d'une réduction des contributions des établissements liée à l'atteinte progressive du quota de 6%³¹, d'une logique propre car « *les deux fonds n'ont pas harmonisé leurs prestations [...]* »³², des règles différentes pour dénombrer les effectifs des personnes en situation de handicap dans les structures, et d'une méconnaissance des organismes par le public cible³³.

Ainsi, l'absence de stratégie dans l'intervention de ces organismes implique qu'ils soient perçus davantage comme des gestionnaires administratifs dotés de ressources que comme des acteurs clés au profit des publics ciblés alors qu'il persiste un manque de données.

³¹ Inspection Générale des Affaires Sociales, *Le mode de financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés*, décembre 2017, p.5.

³² COUR DES COMPTES, *L'aide à l'insertion professionnelle des personnes handicapées : l'intervention de l'AGEFIPH et du FIPHFP*, op.cit., p.6.

³³ UNIFAF, *L'inaptitude à travers les parcours de salariés licenciés. Gestion des alertes, maintien dans l'emploi : quelles leçons tirer ?*, février 2017, p.42.

2.1.3. Une invisibilisation exacerbée par un manque de recensement des inaptitudes et des handicaps

Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) met en exergue que « *les systèmes d'information des ressources humaines [...] sont hétérogènes et incomplets de telle sorte que nous ignorons le nombre d'avis de restrictions d'aptitudes émis par la médecine du travail* »³⁴. Cela souligne que la question des inaptitudes et des handicaps au travail pâtit d'un manque de données qui permettraient de les objectiver et donc de les prévenir voire de les éviter.

En somme, les dispositifs et les acteurs nationaux déploient des logiques propres créant un manque d'harmonisation dans les actions menées. Cela ne renforce pas la visibilité des handicaps et des inaptitudes, notamment des AS et des ASH, d'autant plus que des procédures complexes et des limites médicales viennent s'ajouter.

2.2. Des masques intrinsèques aux limites de la médecine et induits par les complexités procédurales de la reconnaissance des inaptitudes et des handicaps

2.2.1. Un processus de reconnaissance des inaptitudes et des handicaps vecteur de sous-déclaration

Le détail des procédures de reconnaissance des inaptitudes ou de handicaps³⁵ reflète une complexité des procédures cadenassées par l'ampleur des éléments pour monter des dossiers, des délais encadrés et une multiplicité d'organes (comité médical, commission de réforme...). Cela est à l'origine d'une inertie qui ne permet pas de lutter contre l'invisibilisation de la thématique étudiée puisque ces procédures auraient plutôt tendance à reproduire des masques. Par exemple, l'IGAS pointait, dès 2011³⁶, de nombreuses difficultés du côté des acteurs des ressources humaines dans la procédure de reclassement : lenteur des saisines, absence de priorisation des dossiers, manque de précision dans les avis rendus. De plus, les différents entretiens mettent en exergue une méconnaissance des agents et de leur médecin traitant car « *ils ne sont pas au fait de ces procédures-là* »³⁷.

Ensuite, il convient de reconnaître que l'objectivation du lien santé-travail est complexe. En effet, l'évolution du travail est telle qu'isoler le lien santé-travail dans la production de

³⁴ IGAS, *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour raison de santé*, 2011, p.81.

³⁵ Présentation des procédures dans les annexes n°4 et n°5

³⁶ IGAS, *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour raison de santé*, op.cit., p.21.

³⁷ Conformément à l'entretien avec le Secrétaire Général de la FNATH.

handicap est de plus en plus compliqué. Ce lien multifactoriel s'inscrit dans un temps long et relève aussi d'éléments extérieurs au milieu professionnel. Cela peut donc aboutir à une sous-estimation des déclarations de handicaps et d'inaptitudes³⁸.

Puis, le système implique des acteurs défendant des intérêts divergents. Pour exemple, au sein de la commission spécialisée des maladies professionnelles, chargée de la création ou de la révision des tableaux, siègent à parts égales des représentants des syndicats et des représentants patronaux. Toutefois, la recherche d'un consensus social fait de la commission le terrain d'une lutte de pouvoir qui masque alors l'objectif initial. Contrairement aux autres risques, la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) est financée par les seules cotisations patronales ce qui a, par exemple, pu provoquer des difficultés concernant les troubles musculosquelettiques (TMS)³⁹ et aujourd'hui, la reconnaissance des RPS (« burn-out »). Interrogé sur la pertinence d'un tel système, le Secrétaire Général de la Fédération Nationale des Accidentés de la vie et des Handicapés (FNATH) répond : « *Le système d'indemnisation n'a pas bougé depuis 1898. C'est ce qu'on appelle le compromis historique. Personne ne veut y toucher [...]* »

Le système est alors souvent accusé de masquer les liens santé-travail des agents amenant à un phénomène de sous-déclarations. Malgré ces considérations, le débat aujourd'hui tend à glisser vers la science et l'état de la médecine. Néanmoins, loin d'offrir une réponse incontestable, les règles de la médecine peuvent parfois accentuer la difficulté à reconnaître certaines maladies professionnelles et inaptitudes.

2.2.2. Des obstacles inhérents à l'affaiblissement de la place du médecin du travail et à l'état de la médecine

Le rôle du médecin du travail est affaibli par la moindre place donnée à la médecine du travail tant dans la commission spécialisée des maladies professionnelles que par la pénurie dans la profession. Tout d'abord, lors de l'élaboration des tableaux de maladies professionnelles, des spécialistes réputés dominent les débats et amènent une logique de recherche de vérité médicale incontestable. De plus, peut être constaté un déclin dans la profession, qui comptait 6 052 médecins en 2007, et environ 5 100 aujourd'hui⁴⁰. Ce déclin entraîne une difficulté de recrutement que souligne un directeur des ressources humaines

³⁸ HATZFLED Nicolas, « L'émergence des Troubles Musculo-Squelettiques (1982 – 1996), Sensibilités de terrain, définitions d'experts et débats scientifiques », *Histoire et Mesure*, 2006, p.118.

³⁹ Il s'agit d'une référence aux négociations sur l'élargissement du tableau 57 « Affections péri-articulaires » en 1991

⁴⁰ Conseil national de l'Ordre des Médecins, *Le Conseil nation de l'Ordre des médecins s'inquiète des conséquences du projet de loi « El Khomri » sur le rôle de la médecine du travail*, Communiqué de presse, 27 avril 2016.

(DRH) d'un centre hospitalier « *on a dû faire sans pendant deux ans faute de candidats, avec une grosse pression des syndicats* ». Des agents évoquent quant à eux des délais d'attente très longs pour le rencontrer. Ainsi, la faiblesse du service de santé au travail, reconnue par les AS et les ASH comme des interlocuteurs privilégiés, ne permet pas de faire tomber les masques.

Enfin, il existe des obstacles inhérents à l'état de la médecine. Il peut être ardu de diagnostiquer avec certitude des pathologies dont le symptôme principal est la douleur car difficile à objectiver par des examens médicaux (lombalgies, par exemple). De plus, les pathologies multifactorielles mettent en lumière la difficulté à distinguer la part du travail de celle de la vie quotidienne dans des troubles qui impliquent des mouvements ordinaires (flexion, pression...). Egalement, il est à noter une appréhension encore liminaire des RPS liés au travail comme le burn-out.

Face à la production de tels masques, les établissements sanitaires et médico-sociaux ont mis en place des éléments de visibilité des inaptitudes et des handicaps chez les AS et les ASH. Toutefois, ces mesures restent perfectibles en n'entravant pas la création de masques.

2.3. Un déploiement de mesures au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux se heurtant aux masques produits par l'institution et les agents eux-mêmes

2.3.1. Des avancées hétérogènes au sein des établissements en fonction des obligations juridiques, des initiatives prises par des acteurs clés et des effectifs

Les entretiens réalisés démontrent que les instruments imposés par le droit, notamment le Code du travail, ont permis de rendre visible les facteurs d'inaptitudes et de handicaps. En effet, ces derniers élaborent le DUERP qui recense l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés le personnel⁴¹. Ensuite, une place importante est donnée au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)⁴² dans la prévention des risques. Puis, l'entretien professionnel annuel apparaît comme un moment privilégié avec l'encadrement de proximité pour échanger sur la pénibilité du travail d'AS et d'ASH⁴³. Cependant, les établissements ont une appropriation hétérogène de ces outils.

De plus, l'implication des établissements est la clé de voute du déploiement d'actions pour lutter contre l'invisibilisation. Par exemple, ils peuvent déployer des actions de

⁴¹ Entretien de la psychologue spécialiste dans l'accompagnement à la mobilité.

⁴² Obligatoire dans les établissements de plus de 50 agents.

⁴³ Ce fait a été constaté par un entretien avec une cadre de santé et par les AS interrogés.

prévention des AT/MP pouvant conduire à des inaptitudes et des handicaps, notamment, par l'intermédiaire de l'achat d'équipements d'aide à la manutention (drap de glisse, lève-malade...), la formation ainsi que par la création de postes de référents dédiés à ces questions.

Pour finir, la taille de l'établissement impacte l'accompagnement des inaptitudes et des handicaps. En effet, il existe un « *seuil critique qui permet de disposer de ressources humaines dédiées aux handicaps et [...] d'une palette d'emploi plus large pour les reclassements* »⁴⁴. Ce seuil se situerait autour de 500 employés⁴⁵.

L'ensemble de ces mesures vont dans le sens d'une meilleure visibilité des inaptitudes et des handicaps du public cible mais se heurtent à différents obstacles.

2.3.2. Des obstacles à la portée de ces actions : une reproduction de masques

D'abord, il est à noter que les établissements manquent d'indicateurs pour objectiver le phénomène étudié. C'est surtout par le biais du bilan social⁴⁶ que l'on peut avoir une première vue de ce phénomène très opaque.

De plus, les acteurs⁴⁷ intervenant sur la thématique font l'objet d'une absence de coordination puisqu'ils sont plus ou moins identifiés par les agents interrogés et ils communiquent peu entre eux alors même qu'ils détiennent des compétences complémentaires. Puis, un manque de communication auprès des AS et des ASH est démontré : « *parfois on se dit que la direction [...] ne nous entend pas* ».

Enfin, les actions des établissements peuvent paraître, à plusieurs titres, dénuées de vision stratégique à long terme. Par exemple, les aménagements de poste ne s'inscrivent pas dans le cadre de parcours professionnels évolutifs et choisis mais répondent souvent à l'urgence de la situation comme en témoigne une AS en poste aménagé : « *je ne voulais pas partir du service de gériatrie [...]. On m'a bien proposé des postes en consultations ou au secrétariat... mais ce n'est pas ça le métier d'aide-soignante* ». En effet, l'inaptitude n'est pas considérée comme un investissement à la fois financier (éviter l'absentéisme et les retraites pour invalidité de demain) ou humain (prendre soin du collectif de travail)⁴⁸ mais comme une dépense. De plus, la gestion du maintien dans l'emploi se complexifie avec un phénomène « d'engorgement » des postes traditionnellement dépourvus aux reclassements.

⁴⁴ JAFFRES Fanny et Marie-Renée Guével, L'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique. Entre quota et non-discrimination, quelles pratiques des employeurs ?, op.cit., p.18.

⁴⁵ FNATH, *Vivre et travailler après un accident du travail*, mars 2002, p.50.

⁴⁶ Le bilan social est obligatoire dans les établissements de plus de 300 agents.

⁴⁷ Se référer à l'organigramme identifiant les acteurs en annexe n°6

⁴⁸ JOLIDON Pierre, « La prévention des inaptitudes », *Gestions Hospitalières*, N°574, mars 2018.

De même, l'implantation de matériel ergonomique ou encore le DUERP laissent transparaître une démarche dite verticale pilotée souvent par la DRH sans appui sur le personnel de terrain, notamment les AS et les ASH. Cela ne permet donc pas de passer du travail prescrit au travail réel car « *les AS restent silencieuses sur la réalité des relations physiques avec les malades, sur la réalité de ce « boulot sale » [...] »*⁴⁹. De plus, il est possible de dénoter le faible déploiement de l'évaluation des dispositifs mis en œuvre d'autant plus que les agents eux-mêmes peuvent masquer ces inaptitudes et handicaps.

2.3.3. Des agents eux-mêmes créateurs de zones d'ombre sur leur situation

Il rentre également en jeu un masque à l'initiative de l'agent qui relève davantage de la psychologie et qui va brouiller les liens santé-travail. Cette invisibilisation est multifactorielle.

Elle s'explique d'abord par une non-acceptation. En effet, nombre d'AS choisissent leur métier par vocation. Au début, face à la dégradation de leur santé, ils peuvent nier les effets pathogènes pour prouver qu'ils sont « capables », « *ils sont là pour soigner des malades et non pour être eux-mêmes malades* » comme a pu l'entendre une psychologue. C'est donc l'investissement de l'agent qui fait qu'il ne se rend pas compte qu'il peut aller au-delà de ses limites, être en déni et masquer son handicap au travail, qu'il déclare trop tardivement quand il est « *cassé* »⁵⁰.

Puis, l'agent peut craindre d'être jugé car, après un aménagement de poste, les jalousies peuvent être fortes⁵¹ surtout si le handicap est invisible ce qui peut l'amener à cacher ses douleurs. Pour autant, masquer le handicap entraîne une compensation de celui-ci au sein de l'équipe générant des tensions à termes car le personnel est déjà soumis à des contraintes fortes.

Enfin, il y a une crainte du reclassement voire du licenciement. En effet, sur ce dernier point, il apparaît que le niveau de maintien dans l'emploi est très bas, surtout dans le secteur privé⁵², avec de plus en plus de salariés licenciés pour inaptitude médicale⁵³. Il y a un véritable risque de rupture professionnelle car, selon une étude, 55% n'ont pas repris leur travail dans la même entreprise après accident⁵⁴. Ce phénomène est à corrélérer avec la réforme

⁴⁹ LHUILIER Dominique, « Le sale boulot », *Travailler*, N°14, février 2005, p.84.

⁵⁰ Entretien avec le Secrétaire Général de la FNATH.

⁵¹ D'après une AS de 45 ans occupant un poste aménagé dans un service de médecine gériatrique suite à des inaptitudes physiques.

⁵² Comme souligné précédemment, il y a une difficulté à objectiver ce phénomène dans le secteur public.

⁵³ MAHIOU Isabelle, « Santé : l'injustice des licenciements pour inaptitude », *Santé & Travail*, N° 083, juillet 2013.

⁵⁴ FNATH, *Vivre et travailler après un accident de la vie*, op.cit., p.47.

selon laquelle depuis le 1^{er} janvier 2017, la procédure ne diffère plus selon que l'inaptitude est d'origine professionnelle ou non⁵⁵. Ainsi, dorénavant, le simple refus du poste proposé par le salarié sera de nature à ouvrir la possibilité de licenciement ce qui engendre une autre fragilité. Enfin, il existe une crainte de reclassement dès lors qu'ils exercent leurs métiers par vocation et du fait des conséquences financières (perte des primes liées au grade ou au poste).

Ainsi, des masques à différents niveaux conduisent à une invisibilisation du lien santé-travail sur les inaptitudes et les handicaps des AS et des ASH. Cependant, des pistes d'amélioration sont envisageables.

3. Une prise en compte encore perfectible des inaptitudes et des handicaps développés par les AS et les ASH qui appelle aujourd'hui à favoriser leur reconnaissance par une approche bilatérale.

3.1. Faire des inaptitudes et des handicaps liés à la particularité du secteur sanitaire et médico-social un enjeu de santé publique à l'échelle nationale

3.1.1. La reconnaissance du lien santé-travail dans la production des inaptitudes et des handicaps par le déploiement de mécanismes d'alerte

Face aux constats d'un manque de données préjudiciable à la visibilité des inaptitudes, il apparaît nécessaire d'outiller les dispositifs d'atteinte à la santé⁵⁶. En effet, celles-ci, du fait notamment de la relation de service dans le domaine étudié, impliquent qu'elles restent le plus généralement infra-cliniques.

Par conséquent, détenir des données précises sur la thématique permettrait d'objectiver l'ampleur du mouvement et donc de reconnaître un lien santé-travail sur les inaptitudes et les handicaps. Dans cette perspective, il s'agit de documenter un système d'information qui donne aux différents acteurs politiques la possibilité de quantifier ces inaptitudes et handicaps, de suivre les facteurs de risques et de proposer des dispositifs pour prévenir les dégradations. Il est donc nécessaire de développer des indicateurs de santé en lien avec les indicateurs de gestion en priorisant les dimensions à renseigner et de décider des sources d'information à privilégier.

⁵⁵ Article L1226-12 du Code du travail modifié par la loi n°2016-1088 du 8 août 2016

⁵⁶ HUBAULT Françoise, « L'approche ergonomique des questions santé/travail », *Mouvements*, N°59, février 2009, p.97-102.

En affinant la connaissance des processus qui conduisent à ce phénomène, une impulsion politique pourra être donnée en faveur de la prévention des risques professionnels.

3.1.2. Une simplification des procédures pour lutter contre le masque de la sous-déclaration

La reconnaissance des inaptitudes et des handicaps chez les AS et des ASH implique également de simplifier les procédures comme démontré précédemment. Pour cela, on peut s'appuyer sur les constatations de la FNATH concernant la procédure de reconnaissance d'une maladie professionnelle. Parmi les facteurs de non-déclaration, deux sont à prendre en considération : l'isolement des salariés face à la longueur et la complexité des procédures (l'assurance maladie conteste souvent les dossiers) mais aussi la faible prise en charge financière des maladies professionnelles.

En conséquence, en prenant des précautions pour empêcher l'ouverture d'une boîte de pandore, il est nécessaire de simplifier les procédures, notamment pour les AS et les ASH, tant dans leur durée que dans leur complexité administrative afin de permettre une meilleure visibilité des inaptitudes et des handicaps. La Commission spécialisée des maladies professionnelles doit jouer un rôle dans cette réforme, en lien avec des agents ayant eu ce parcours et des médecins du travail.

Au-delà, c'est un changement de culture autour des déclarations qui doit voir le jour en passant d'une logique d'assistanat à une logique de reconnaissance de l'épuisement professionnel. En effet, la société française porte régulièrement un jugement sur les personnes reconnues inaptes. Par conséquent, une meilleure communication sur les procédures et sur les parcours d'agents ayant acquis une reconnaissance de leur maladie professionnelle pourrait se mettre en place au niveau local mais implique une rationalisation des acteurs spécialisés pour une meilleure identification de ces derniers.

3.1.3. Inscrire et rationaliser l'action des acteurs spécialisés à cet enjeu dans une stratégie d'ensemble

Comme nous l'avons vu, les acteurs dédiés à la question sont multiples et souvent méconnus des AS et des ASH d'autant plus qu'il n'existe pas une stratégie politique claire. En effet, entre la MDPH, la commission de réforme, le comité médical départemental, les structures associées à l'AGEFIPH/FIPHFP, les agents et les employeurs peuvent largement s'égarer à travers les méandres de ce « labyrinthe technico-administratif ».

En conséquence, il est possible de s'appuyer sur les propositions de l'IGAS concernant la politique du handicap en l'appliquant au champ étudié : « *une harmonisation de l'offre du secteur privé et public levant les incohérences constatées, une simplification autour d'un*

nombre réduit d'aides [...] »⁵⁷. Il s'agit donc de réduire le nombre d'entités pouvant venir en appui aux agents et aux établissements pour leur permettre une reconnaissance dans le domaine à travers une identification claire, une expertise réelle et un soutien financier pérenne à travers des économies d'échelle.

Toutefois, l'impact de cette rationalisation ne sera efficient que si les pouvoirs publics décident de mener une stratégie globale sur la production de handicaps et d'inaptitudes chez des agents hospitaliers qui prennent soin des autres. Ainsi, la réforme de notre système de santé et des EHPAD annoncée prochainement est une opportunité pour le gouvernement de démontrer sa prise de conscience sur la situation des AS et des ASH d'autant plus qu'il s'agit d'un enjeu futur comme le démontre la difficulté de recrutement de ce public⁵⁸. Néanmoins, c'est aussi et surtout sur le plan local que des mesures peuvent être adoptées afin de faire tomber les masques sur les inaptitudes et les handicaps.

3.2. Rendre visible les inaptitudes et les handicaps liés au métier d'AS et d'ASH au sein des établissements à travers l'activation de différents leviers

3.2.1. Mieux analyser pour prévenir les inaptitudes et les handicaps de la population cible

Pour agir sur les inaptitudes et les handicaps, il est nécessaire tout d'abord de renforcer la connaissance des situations mais aussi le suivi des AS et des ASH dans les établissements. Ainsi, différents indicateurs doivent être mobilisés dont deux principaux comme le souligne l'Union du fonds d'assurance formation de la branche sanitaire, sociale et médicosociale (Unifaf) et les entretiens réalisés⁵⁹.

D'une part, un pilotage à travers les restrictions d'aptitude émises par le médecin du travail peut être activé. L'objectif de respecter leur durée lorsqu'elle est temporaire notamment, par leur réévaluation régulière par le service de santé au travail. Ainsi, le principal instrument développé en la matière est un tableau de suivi des agents avec plusieurs variables : la date de l'émission, la date de réévaluation, la nature de la restriction d'aptitude, et le cas échéant, la fin de la restriction.

D'autre part, l'absentéisme pour raison de santé est une autre variable à prendre en considération car certains agents vont dissimuler leurs difficultés comme nous l'avons vu.

⁵⁷ IGAS, *Le mode de financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés*, op.cit., p.2.

⁵⁸ BEGUIN François, « Le nombre de candidats aux écoles d'aides-soignantes en baisse », *Le Monde*, 11 mai 2018.

⁵⁹ UNIFAF Rhône-Alpes, *Inaptitudes au travail : comprendre et agir*, juin 2016.

De ce fait, l'absentéisme pour raison de santé, notamment les arrêts fréquents de courte durée, peut masquer une problématique de plus grande ampleur. Ainsi, un suivi des absences au niveau de la DRH ou de l'encadrement de proximité⁶⁰ afin de les repérer et de les analyser doit se déployer. Les outils présentés par l'Unifaf⁶¹ sont intéressants :

- Une fiche synthétique⁶² de suivi par AS ou ASH concerné par le sujet et insérée dans le système d'information ;
- Une fiche de liaison entre encadrant de proximité et DRH pour signaler un agent dont l'absentéisme peut occulter une inaptitude ou un handicap ;
- Un partenariat avec la cellule de Prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) de la CPAM chargé de prendre en charge le plus tôt possible les salariés en arrêt de travail qui risquent de ne pas retravailler.

Cette analyse permet ainsi d'alerter sur la situation d'AS et d'ASH en difficulté et ainsi d'agir rapidement en associant au plus tôt l'ensemble des acteurs concernés par un dispositif adapté et déployé institutionnellement.

3.2.2. Déployer une stratégie interne pluriannuelle clairement structurée, lisible et basée sur des acteurs ressources compétents

Les indicateurs ne suffisent pas et doivent s'accompagner d'une stratégie interne qui met l'accent en particulier sur la prévention de ces situations comme le souligne un responsable syndical : « *La prévention n'a que peu été prise en compte les décennies précédentes... voilà seulement qu'elle s'engage...* ».

a) Une stratégie interne efficiente reposant sur différents prérequis

Il s'agit tout d'abord de définir les contours de cette politique de prévention/de visibilité des inaptitudes et des handicaps dans la structure. Pour cela, des groupes de travail doivent être organisés et rassembler des acteurs divers : la DRH, les représentants du personnel, le service de santé au travail, les cadres de proximité, les référents sur la question et des agents à risques ou déjà concernés par des inaptitudes et des handicaps.

Ensuite, le portage institutionnel de cette stratégie est essentiel. Celui-ci doit être organisé sur un plan pluriannuel, via une inscription au projet d'établissement, et assuré par la direction de l'établissement notamment la DRH. Toutefois, l'encadrement de proximité apparaît comme un acteur clé pour son déploiement opérationnel tout comme le CHSCT dans sa mise en place et dans son évaluation pour la pérennité de la démarche.

⁶⁰ L'entretien réalisé avec un DRH et une cadre de santé met en exergue ce fait.

⁶¹ UNIFAF Rhône-Alpes, *Inaptitudes au travail : comprendre et agir, op.cit.*, p.15-16.

⁶² La fiche est présentée en annexe.

Puis, l'établissement doit disposer d'acteurs internes formés et disposant d'un temps de travail dédié à ces questions. Cependant, le rôle de chacun doit être clairement défini afin de garantir une lisibilité pour les agents. Par ailleurs, l'une des clés de réussite de cette stratégie réside dans la coordination des différents acteurs du dispositif notamment avec des « cellules de santé au travail » composées de ces personnes afin d'identifier des solutions pour les agents rencontrant des difficultés de maintien dans l'emploi du fait d'inaptitudes et de handicaps.

Enfin, cette politique préventive se doit d'être non pas « verticale » mais « transversale ». En effet, l'agent doit être l'acteur principal et le « *préventeur doit lui apporter les compétences particulières nécessaires pour rendre cette prévention plus efficace et pour améliorer son éducation à la sécurité et à la santé* »⁶³.

b) Le service de santé au travail, gage de réussite de cette politique

Le médecin du travail, pièce maîtresse du dispositif, doit éclairer sur la production de handicap à l'échelle de chaque structure mais aussi émettre des restrictions d'aptitude. Celles-ci sont parfois difficilement intégrables dans l'organisation du travail de l'équipe du fait de la charge de travail notamment.

Dans ce cadre, il apparaît nécessaire de mettre à disposition du service de santé au travail différents outils visant notamment à affiner le contenu des restrictions d'aptitude comme des « fiches de capacité restantes » précisant le contour des restrictions mais aussi les tâches que l'agent peut réaliser.

Enfin, renforcer la coordination entre le service de santé au travail, l'encadrement de proximité et la DRH est également un levier pour améliorer le repérage et l'accompagnement des situations des inaptitudes et des handicaps des AS et des ASH, les relations entre le médecin du travail et l'employeur pouvant parfois apparaître comme distantes et informelles⁶⁴.

c) Faire du maintien dans l'emploi un des axes prioritaires de cette stratégie

Au-delà, un travail peut être engagé avec les partenaires sociaux et les agents afin de favoriser la mobilité des professionnels, à un rythme modulable en fonction de la pathologie et de la pénibilité reconnue des services. Pour éviter une rigidité au système qui peut entraîner un rejet des agents, définir une période maximale pour chaque service, établir et

⁶³ DEDESSUS LE MOUSTIER Nathalie et DOUGET Florence, *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, 2010, p. 236.

⁶⁴ UNIFAF, *L'inaptitude à travers les parcours de salariés licenciés. Gestion des alertes, maintien dans l'emploi : quelles leçons tirer ?*, op.cit.

communiquer les règles par avance, les rendre opposables à chacun (changement de service, promotion professionnelle...) sont des éléments à favoriser. Outre le fait de limiter ou alterner dans le temps les contraintes de pénibilité, la mobilité permet également de conserver une employabilité durable pour les professionnels, en limitant l'installation de « routine » et en éveillant la curiosité intellectuelle. Cette mobilité doit donc s'inscrire dans une Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) car elle permet d'anticiper les évolutions futures de son organisation, de ses métiers et de professionnaliser ses ressources. Il est à noter que cette démarche n'est pas dénuée de sens pour l'établissement car il peut centraliser et prendre en compte l'ensemble des demandes pour y répondre au mieux tout en assurant le renouvellement des équipes et en disposant d'un personnel plus polyvalent.

Toutefois, cette stratégie ne portera ses fruits que si elle s'accompagne d'une communication au plus proche du public cible.

d) Mettre en place des actions de communication et de sensibilisation pour insuffler une culture de prévention des inaptitudes et favoriser l'émergence du « prendre soin » de ses collègues

Des actions de communication et de sensibilisation doivent être mises en place sous différentes modalités (documents internes, guides et plaquettes d'information, informations via le bulletin de paie, journée dédiée au sujet...) afin de démystifier la notion d'inaptitude et d'accroître la visibilité de la politique de prévention des inaptitudes auprès de l'ensemble des agents, en les informant sur les ressources mobilisables, leurs droits et la manière de les activer. C'est le cas notamment à l'Hôpital Edouard Herriot où la cellule handicap a élaboré une plaquette à destination des agents en vue de modifier les représentations du handicap et les informer des acteurs pouvant les accompagner le cas échéant dans leurs démarches.

La communication doit également permettre, dans une certaine mesure, d'impacter les pratiques managériales et de favoriser l'expression des besoins des personnels. En effet, le management et notamment l'organisation du travail ont un rôle à joué dans cette thématique.

3.2.3. Favoriser la mutualisation des expériences et des solutions à travers les Groupements Hospitaliers de Territoires

Les résultats de nos entretiens ont également révélé les difficultés rencontrées par les petites structures à juguler l'évolution et l'accompagnement du personnel ayant développé une inaptitude en raison de leur exercice professionnel. Cela peut s'expliquer par l'insuffisance de compétences internes pour leur gestion et accompagnement mais aussi dans la mono-activité (EHPAD) de certains établissements ne permettant que peu de solutions

pour le reclassement des agents du fait d'une taille critique non-atteinte. Dans cette perspective, les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) s'avèrent être des palliatifs en permettant d'atteindre une taille critique. Différentes actions peuvent être envisagées selon un axe temporel.

A court terme, le GHT doit dans sa convention constitutive prévoir les modalités de coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement. Ainsi, les établissements peuvent faire de la prévention des inaptitudes et des handicaps, et in fine leur meilleure visibilité, un des axes prioritaires de ce plan de formation mutuel. De plus, des retours d'expérience (RETEX) entre les différents établissements sont envisageables pour créer une fédération autour de cette thématique.

A moyen terme, un plan de prévention global des inaptitudes et des handicaps pourra être conçu à l'échelle du GHT pour permettre une réflexion commune et surtout renforcer la coopération. De plus, dans un contexte de pénurie de médecins du travail, la mise en œuvre de ce plan peut être un facteur d'attractivité pour ces derniers.

A long terme, des perspectives de diversité d'emploi pourront également émerger au sein des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) qui devraient à l'avenir perdre un « H » au profit du « S » de Soins. Cela permettrait ainsi d'intégrer l'ensemble des structures médico-sociales à ces groupements en lien avec la volonté politique du moment. Aussi, un tel regroupement permet d'acquérir une taille critique se traduisant par l'arrivée de compétences spécifiques et notamment dédiées à la gestion des inaptitudes et du handicap. En ce sens, la démarche permettrait de systématiser la mise en place de commissions ou cellules d'accompagnement. De même, disposer d'un référent handicap/inaptitude au sein du GHT pourrait aussi favoriser l'information des professionnels. Par ailleurs, ce chargé de handicap/inaptitude aurait un regard avisé pour envisager des passerelles professionnelles au sein des différentes fonctions publiques (hospitalière, territoriale ou d'Etat) ou même dans le secteur privé. Cette approche correspond à l'émergence d'un nouveau profil, qui, grâce à ses compétences et de nouvelles relations assurera davantage de solutions de reconversions potentielles en fonction des situations.

Conclusion

Pour conclure, il est possible de constater que les liens santé-travail demeurent opaques et les secteurs sanitaire et médico-social ne sont pas exempts de ces conclusions. Il existe, notamment à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux, un paradoxe car celui-ci est un lieu à la fois de production de soins, mais est également générateur de handicaps et inaptitudes.

Nos recherches nous ont permis de souligner un ensemble de masques venant obscurcir la perception ainsi que la compréhension des liens entre le travail réel et la survenue de handicaps et d'inaptitudes. En interaction les uns avec les autres, ces masques forment une structure complexe de laquelle les agents ont du mal à s'extraire.

Paradoxalement, il ne ressort pas de nos entretiens un consensus sur le constat d'une opacité des liens santé/travail. La perception d'une prise de conscience et l'émergence de revendications concernant les conditions de travail atténuent ce constat. Les nouvelles générations d'AS et d'ASH, plus sensibilisées que les précédentes, appréhendent aujourd'hui leur futur professionnel par le prisme des risques qui pèsent sur leur santé.

Si les regards portés sur la matière ont changé, il reste néanmoins nécessaire que cette thématique devienne une priorité et que tous les acteurs s'en saisissent. A l'image du caractère multifactoriel de l'opacité des liens, la réponse doit elle-aussi trouver sa source à plusieurs niveaux. Le rôle de la prévention qui incombe à la médecine du travail est à ce titre particulièrement important, et l'engagement des équipes d'encadrement au sein des établissements peut amorcer un réel changement de paradigme. En effet, il importe d'accompagner ce changement de perception afin que la santé des personnels devienne une priorité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux malgré le contexte actuel de restrictions budgétaires qui met l'accent sur l'efficacité. Ainsi, les agents pourront davantage être en capacité de s'emparer des dispositifs existants. Il est alors nécessaire de passer d'une logique individuelle à une démarche collective afin de rendre perfectible les liens entre la santé et le travail.

Enfin, et au regard de nos entretiens respectifs il semble que la difficulté ne se situe pas tant au niveau de l'opacité des liens entre la santé et le travail mais davantage au niveau de l'organisation interne des établissements sanitaires et médico-sociaux. Ces derniers sont confrontés à une augmentation du nombre d'arrêts de travail ainsi qu'un manque d'attractivité pouvant accroître la charge de travail et la pénibilité de celui-ci pour les agents. La gestion des ressources humaines est complexifiée par ces nouvelles données et nécessite

des évolutions quant à l'utilisation de cette ressource essentielle qu'est la ressource humaine.

Bibliographie

Ouvrages

DEDESSUS LE MOUSTIER Nathalie et DOUGET Florence, *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, 2010.

Etudes

LABAT Alexia, *Le reclassement des personnels hospitaliers : un enjeu crucial en matière d'optimisation des ressources humaines*, EHESP, décembre 2015.

Articles de revues et de journaux

BAUDOT P-Y, « Le handicap comme catégorie administrative, Instrumentation de l'action publique et délimitation d'une population », *Revue française des affaires sociales*, 2016.

BEGUIN François, « Le nombre de candidats aux écoles d'aides-soignantes en baisse », *Le Monde*, 11 mai 2018.

BERGER Eric, « Statistiques : les chiffres inquiétants de l'inaptitude », *Santé & Travail*, N°74, avril 2011.

Conseil national de l'Ordre des Médecins, « Le Conseil nation de l'Ordre des médecins s'inquiète des conséquences du projet de loi « El Khomri » sur le rôle de la médecine du travail », *Communiqué de presse*, 27 avril 2016.

DEBOUT Frédérique et al., « La santé à l'épreuve du travail », *Mouvements*, N°58, février 2009, p. 7-12.

ESTRYN-BEHAR M. et FOUILLOT J.P., « *Etude de la charge physique du personnel soignant – Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins* », *Etude ergonomique*, INRS, 1990.

FLAMANT Anouck, « L'emploi des personnes handicapées : du principe de nondiscrimination à la gestion des compétences dans les collectivités territoriales », *Revue française des affaires sociales*, avril 2015, p. 333-352.

HATZFELD N., « L'émergence des Troubles Musculo-Squelettiques (1982 – 1996), Sensibilités de terrain, définitions d'experts et débats scientifiques », *Histoire et Mesure*, 2006.

HUBAULT Françoise, « « L'approche ergonomique des questions santé/travail », *Mouvements*, N°59, février 2009.

JAFFRES Fanny et Marie-Renée Guével, « L'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique. Entre quota et non-discrimination, quelles pratiques des employeurs ? », *Revue Travail & Emploi*, Article à paraître dans le N°152.

JOLIDON Pierre, « La prévention des inaptitudes », *Gestions Hospitalières*, N°574, mars 2018.

LHUILIER Dominique, « Le « sale boulot » », *Travailler*, N°14, février 2005, p.84.

MAHIOU Isabelle, « Santé : l'injustice des licenciements pour inaptitude », *Santé & Travail*, N° 083, juillet 2013.

VALDES B., « L'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique en France : analyse quantitative des données d'enquêtes nationales disponibles », *RFAS*, 2016.

WASER Anne-Marie et al., « Maladies chroniques, handicap et gestion des situations de travail », *Sciences sociales et santé*, Vol. 32, avril 2014, p. 79-106.

Rapports

COUR DES COMPTES, *L'aide à l'insertion professionnelle des personnes handicapées : l'intervention de l'AGEFIPH et du FIPHF*, Référé n°2017-2639, décembre 2017.

DIRECCTE des Pays de la Loire, *L'inaptitude en 50 questions*, 2^e édition, Novembre 2012.

DREES, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les dossiers de la DREES*, N°5, Septembre 2016.

DREES, « Les personnels soignants de plus en plus âgés », *Etude et Résultats*, N°846, juillet 2013.

FNATH, *Vivre et travailler après un accident du travail*, mars 2002.

Mesdames IBORRA et FIAT, *Rapport d'information sur les EHPAD*, 14 mars 2018

IGAS, *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour raison de santé*, 2011.

IGAS, *Le mode de financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés*, décembre 2017.

UNIFAF, *L'inaptitude à travers les parcours de salariés licenciés. Gestion des alertes, maintien dans l'emploi : quelles leçons tirer ?*, février 2017.

UNIFAF Rhône-Alpes, *Inaptitudes au travail : comprendre et agir*, juin 2016.

Institut de Santé au Travail du Nord de la France, *Rapport régional des indicateurs sur les inaptitudes en Nord Pas-de-Calais*, 2013.

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, *Enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER)*, 2009.

Sites internet

www.saisirprudhommes.com

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

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2210>

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/>

Conférence

DIRRINGER Josepha, EHESP, 2017.

Cadre réglementaire

Loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail

Loi du 25 octobre 1919 relatives aux maladies professionnelles

Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social

Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail

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

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

Article L.1226-12 du Code du travail modifié par la loi n°2016-1088 du 8 août 2016

Accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique

Accord cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique

Circulaire du 28 mars 2017 relative au plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique

Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail

Code du Travail

Liste des annexes

Annexe n°1 : Liste récapitulative des entretiens réalisés

| Fonction des personnes interrogés | Type d'établissement |
|---|--|
| Secrétaire Général | Fnath |
| Cadre de santé | Centre Hospitalier du Val d'Ariège - SSR |
| ASH | Centre Hospitalier de Calais |
| AS | Centre Hospitalier de Calais |
| AS | Centre Hospitalier de Calais |
| DRH enseignant à l'EHESP | |
| Directrice | EHPAD |
| AS en poste aménagé | |
| AS sans poste aménagé | Médecine gériatrique |
| Auxiliaire de Vie à Domicile | |
| Directeur des soins | CHU de Nantes |
| Psychologue du travail | CHRU Nancy (54) |
| Référente départemental maladie syndicat | Vosges (88) |

Annexe n°2 : Grilles d'entretien vierges utilisées lors des entretiens

| Grille de questions à poser pour les entretiens réalisés avec des AS/ASH | |
|---|---|
| Questions posées | Description de l'agent : fonctions ; type d'établissement ; ancienneté ; situation |
| <i>Le travail prescrit et le travail réel correspondent-ils ?</i> | |
| <i>Quelles sont les principales difficultés rencontrées par votre métier ?</i> | <i>Risques physiques</i> |
| | <i>Risques psychiques</i> |
| <i>Comment êtes-vous accompagnée dans la prévention de tels risques ?</i> | |
| <i>Quels sont les moyens mis à votre disposition par votre établissement afin de prévenir de tels risques ?</i> | |

| Tableau récapitulatif des questions à poser lors des entretiens réalisés avec d'autres professionnels (DRH, DS, organisations syndicales, FNATH etc...) | |
|--|--|
| Questions posées | Description de la fonction de l'interlocuteur et du contexte de l'entretien |
| <i>Quelle est l'évolution dans la production de handicap et d'inaptitude pour les AS et ASH ?</i> | |
| <i>Existent-ils des spécificités dans le secteur sanitaire et médico-social expliquant ce lien entre travail et inaptitude ?</i> | |
| <i>Le travail prescrit et le travail réel correspondent-ils ?</i> | |
| <i>Que pensez-vous des mécanismes d'invisibilisation ? Existent-ils ? Si oui, à quel niveau ?</i> | |
| <i>Quelles actions ont été menées au niveau de l'établissement pour mettre à la lumière le lien santé-travail ?</i> | |
| <i>Existerait-il d'autres pistes d'amélioration ?</i> | |

Annexe n°3 : Tableau récapitulatif des réponses données par les interviewés

| Tableau récapitulatif des entretiens réalisés avec des AS et des ASH | | | | | | |
|---|---------------------------|--|--|---|--|---|
| Questions posées | | Auxiliaire de vie, dans une société de services à domicile (Paris) | AS, 25 ans, sans inaptitude | AS, 45 ans, ayant un poste aménagé suite à un handicap physique lié au travail | ASH, CH de Calais | AS, CH de Calais |
| Le travail prescrit et le travail réel correspondent-ils ? | | Méconnaissance générale du métier d'auxiliaire de vie et de ses implications dans la société. Le métier a beaucoup évolué, mais la vision est restée négative : l'AV ne se contente pas de faire le ménage et la cuisine. | Respect du travail prescrit et réel pour les AS, parfois glissement de tâches des ASH au regard des arrêts | Respect des restrictions de l'agent, fiche de poste adaptée | | |
| Quelles sont les principales difficultés rencontrées par votre métier ? | Risques physiques | Manipulation de patients peu mobiles, voire désarticulés. Absence de lève-malade, logements peu adaptés. | Douleur dos, violence physique des patients, TMS, problème de canal carpien | Prendre en charge les personnes âgées, la perte d'autonomie, le port de charge, | Gestes répétitifs causant des douleurs au dos, aux épaules, aux genoux | Tendinites, lombalgies, hernies discales etc... |
| | Risques psychiques | Sentiment d'isolement face au patient et à sa famille. Peur constante de rater quelque chose et d'en être jugé responsable. Peu de séparation entre vie professionnelle et vie privée. Forte charge psychologique et émotionnelle. | Stress, exigences des familles, situations complexes | Les horaires, les arrêts, les décès, les familles, le travail d'équipe | Stress important de ne pas pouvoir réaliser le travail dans le temps imparti | Sentiment d'un manque de relationnel impactant le moral, manque de reconnaissance |
| Comment êtes-vous accompagnée dans la prévention de tels risques ? | | Port de ceinture. Pour les risques psychologiques, il n'y a que trop peu de choses mises en place. | Médecin du travail | Médecine du travail, cadre de santé, expert, DRH, ergonome | Cadre, médecine du travail mais sentiment d'une incompréhension | Cadre lors des entretiens individuels, chef de service, médecine du travail |
| Quels sont les moyens mis à votre disposition par votre établissement afin de prévenir de tels risques ? | | Ce sont les auxiliaires qui mènent elles-mêmes des recherches pour prévenir les risques physiques. | Matériel adapté : lève-malade, lits draps de glisse, les formations (manutention) | Fiche de poste adaptée | Formation posture, meilleure architecture (plus pratique mais entraînant plus de trajet) | Matériel adapté (lève-malade etc...) |

| Tableau récapitulatif des entretiens réalisés avec les autres professionnels | | | | |
|--|---|---|--|---|
| Questions posées | Directeur des soins au sein d'un centre hospitalier universitaire | Enseignante à l'EHESP | Cadre de santé en SSR | Directrice d'EHPAD |
| <i>Quelle est l'évolution dans la production de handicap et d'inaptitude pour les AS et ASH ?</i> | <p>Augmentation des handicaps et inaptitudes en raison du vieillissement de la population des AS/ASH.</p> <p>Constat d'un ralentissement de cette augmentation grâce aux mesures mises en œuvre.</p> <p>Plus grande connaissance des risques engendrant une plus grande visibilité.</p> | <p>Evolution des métiers d'AS et d'ASH qui permet aux soignants d'aller au bout des prises en charge et des accompagnements (notamment dans le cadre de fins de vie). Ne pas pouvoir le faire est la véritable souffrance de ces professionnels : « <i>La souffrance n'est pas toujours là où on l'imagine</i> ». La charge de travail n'est pas forcément à l'origine de production de handicaps et d'inaptitudes. Les RPS sont plus prégnants. Importance de la satisfaction au travail qui est associée à l'accomplissement d'une mission.</p> | <p>Evolution quantitative car « <i>de plus en plus de gens déclarent facilement des AT et donc aboutissent à des absences de longue durée jusqu'à une inaptitude complète</i> ».</p> <p>Surtout des TMS mais un mouvement vers les RPS. Difficultés : « <i>On n'a pas forcément le matériel adapté à la prise en charge du patient et, surtout, on manque de statistiques. C'est difficile à objectiver</i> ».</p> <p>Des leviers de plus en plus inopérants : le plan de formation diminue annuelle, manque d'études de postes, une amplitude de travail élevée (12h)</p> | <p>Les listes de restrictions sont d'ailleurs parfois longues et pour l'établissement cela veut dire aménager le poste parfois de manière significative donc c'est difficile pour certains postes. Il faut aussi trouver une utilité professionnelle pour les agents, les faire accepter, établir une organisation du travail particulière.</p> |
| <i>Existent-ils des spécificités dans le secteur sanitaire et médico-social expliquant ce lien entre travail et inaptitude ?</i> | <p>La spécificité réside, sans doute, dans l'évolution des usagers impliquant une charge de travail évolutive.</p> | | <p>Vieillesse de la population : patients plus lourds, polyopathologique, malades chroniques...</p> <p>Un stress au travail du fait des cadences, des organisations de travail très rigides, ce sont des humains au</p> | <p>C'est une question de statut. Dans la FPH on s'écoute, on repère mieux, c'est plus protecteur, et renvoi à un idéal de travail (sécurité de</p> |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | | | <p>centre de la prise en charge</p> <p>Un déversement des tâches de manière pyramidale (du médecin vers l'IDE puis vers AS et enfin ASH)</p> <p>Des marges de manœuvre qui se réduisent (financier, RH...)</p> | l'emploi par le statut) |
| <i>Le travail prescrit et le travail réel correspondent-ils ?</i> | <p>Constat de différences entre le travail prescrit et le travail réel mais le travail prescrit est réfléchi par le collectif et constitue une norme d'où l'importance du respect de celui-ci.</p> <p>Réflexion nécessaire sur l'efficacité des pratiques pour « donner du sens au travail et non pas raisonner de manière standardisé ».</p> | <p>Importance de permettre de la souplesse dans les équipes de la part des managers.</p> <p>C'est-à-dire, laisser de la liberté à chacun dans l'approche de son métier, permettre l'expression des personnels.</p> | | <p>La gestion de l'imprévu fait partie de la formation des agents. Mais ils gardent une autonomie sur laquelle il est difficile d'agir, cela dépend de l'agent et de leurs personnalités, s'ils se cantonnent ou non à ce qu'il y a sur leur fiche de poste ou s'ils sont scrupuleux et ont la frustration à ne pas tout faire pour certains mais aussi de leur histoire de vie.</p> |
| <i>Que pensez-vous des mécanismes d'invisibilisation ? Existents-ils ? Si oui, à quel niveau ?</i> | <p>Constat d'une invisibilisation créée par les agents. Mais rôle de l'encadrement dans le repérage des fragilités (entretien, absentéisme).</p> <p>Constat d'un manque d'action des syndicats qui ne sont pas « pro-actifs ».</p> | | <p>Une précarité et une crainte de perdre son travail chez les AS et les ASH : elles masquent leur souffrance</p> <p>Une méconnaissance des procédures</p> <p>Manque de volonté des directions</p> <p>Un engorgement des postes aménagés</p> | <p>Il y a plus de reconnaissance qu'avant dans l'ATMP, c'est un droit acquis, mais attendent une certaine douleur pour le faire, et une fois enclenchée ils vont jusqu'au bout, et les autres se disent pk pas. Mais le regard des autres</p> |

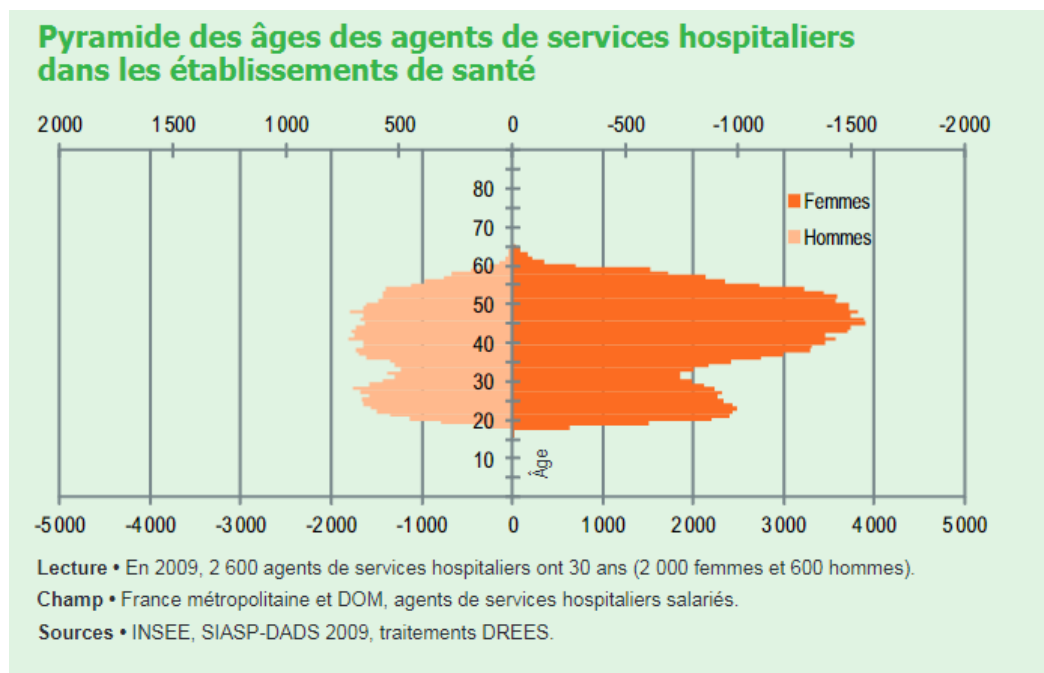
| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| | | | | compte beaucoup, des collègues, il y a une culpabilité en cas d'arrêt |
| <i>Quelles actions ont été menées au niveau de l'établissement pour mettre à la lumière le lien santé-travail ?</i> | La formation pendant les fonctions mais aussi lors de l'accompagnement à la reconversion. En prévention : temps de sieste, socio esthéticienne, échauffements avant la prise de poste, groupe de parole etc... Actuellement, est expérimenté un espace de discussion avec un ergonome ce qui permet aux agents de se livrer et de se libérer sur leurs pratiques. Réflexion sur la mécanisation, la robotisation. | L'organisation du travail est la clef de beaucoup de maux en EHPAD et à l'hôpital. Pour se faire, il importe de s'appuyer sur les compétences des personnes, faire confiance aux agents. | Focalisation sur le rôle du cadre de proximité pour lever le voile des inaptitudes/handicaps : <ul style="list-style-type: none"> - Un rôle d'alerte - Mise en œuvre du plan de formation - Logiciels pour évaluer la charge en soins : Soins Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS) - Place privilégiée pour désamorcer des situations | Faire de la prévention, des formations, on ne sait pas tout donc il y a le rôle du cadre de proximité qui doit repérer quand ça va ou pas et qui prend contact avec les RH et informe l'agent sur ce qu'on peut faire. Il faut aussi que les agents soient moteurs de leurs parcours |
| <i>Existerait-il d'autres pistes d'amélioration ?</i> | Poursuivre et d'amplifier la formation et la pédagogie Le rétablissement de la cessation progressive des fonctions L'activité sportive et le dialogue | | Se doter de tableaux de bord (étiologie des arrêts de travail, fréquence...) Prévention des inaptitudes (formation) Communication : <i>on ne se pose pas assez pour parler, pour pouvoir se livrer</i> » Simplification des dispositifs Organisations de travail | |

| Tableau récapitulatif des entretiens réalisés avec d'autres professionnels (suite...) | | | | |
|--|--|---|--|--|
| Questions posées | Secrétaire général de la FNATH | Directeur à l'EHESP | Référente Départementale Maladie secteur public syndicat X Santé-Sociaux Vosges 88 | Psychologue du travail du CHRU de Nancy |
| <i>Quelle est l'évolution dans la production de handicap et d'inaptitude dans le secteur sanitaire et médico-social ?</i> | Hausse des TMS et des troubles psychiques, augmentation des cas de suicide. | Il y a une meilleure connaissance du phénomène mais une intensification de la charge de travail. | Augmentation des handicaps et inaptitudes (les dossiers ont doublé). Apparition des troubles parfois longtemps après la fin des fonctions donc espoir de voir une amélioration avec les mesures de formation actuelle. | Augmentation due à l'évolution de la société où la QVT devient centrale, évolution également due à la création d'une cellule d'accompagnement (offre crée la demande) |
| <i>Existent-ils des spécificités dans le secteur sanitaire et médico-social expliquant ce lien entre travail et inaptitude ?</i> | La FNATH ne procède pas un classement par secteur mais un nombre important de TMS, notamment, dans le secteur hospitalier, les EHPAD et l'aide à domicile | Répétitivité et charge de travail lourde, mais exagéré de parler de taylorisation du travail. | Particularité du secteur de répondre à son taux de 6% d'OETH par la création d'handicap chez leurs agents. | L'accumulation de politiques publiques contradictoires. AS/ASH, deux professions nécessitant des aptitudes physiques et psychologiques spécifiques. |
| <i>Le travail prescrit et le travail réel correspondent-ils ?</i> | | | | |
| <i>Que pensez-vous des mécanismes d'invisibilisation ? Existent-ils ? Si oui, à quel niveau ?</i> | Ce n'est pas une particularité du secteur sanitaire et médico-social. Sous-déclaration importante, obscurité du droit pour l'agent, crainte du licenciement, rôle insuffisant des médecins traitants, trop peu de médecins du travail. | Question très compliquée, qui renvoie à la conception de chacun et aux valeurs : on peut culpabiliser de faire travailler quelqu'un, tout en ayant besoin de son travail. | L'importance donnée au sujet varie selon la direction. Mais amélioration grâce à l'OETH de 6%. | Réduction des masques. Plus grande visibilité de la problématique des handicaps et inaptitudes depuis quelques années. Aucune barrière à la reconnaissance des MP grâce à une indépendance des médecins du travail. Seul masque persistant : l'agent lui-même. |

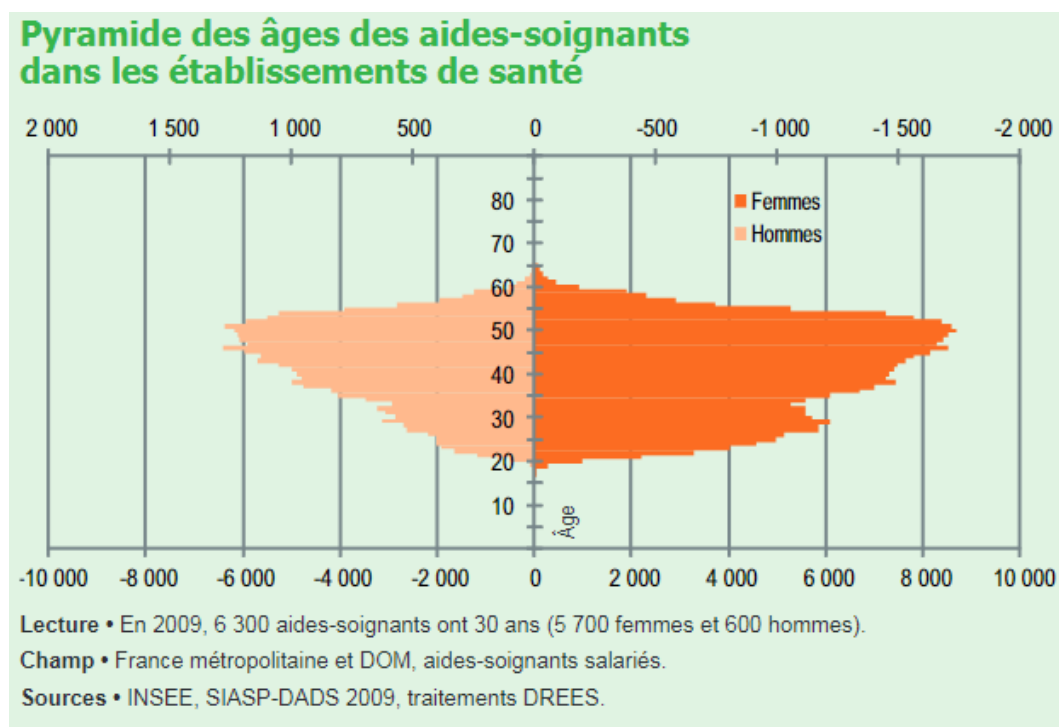
| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <p><i>Pourquoi existe-il autant de masques ?</i></p> | <p>Pour les TMS et RPS c'est une raison financière, intérêts différents des syndicats, peu de militantisme sur le sujet. Le système d'indemnisation est inadapté.</p> | | | |
| <p><i>Quelles initiatives au sein des établissements ?</i></p> | <p>Des efforts importants ont été fait pour la prévention et l'accompagnement. (réflexion sur l'organisation du travail/rôle des instances internes) Il faut à présent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réfléchir en termes de bassins d'emplois • Avoir des indicateurs afin d'anticiper • Levier de la formation (rôle des DRH) • Identifier les risques | <p>3 actions : formation ; équipement (ex : volets électriques et non roulants) ; augmentation des effectifs.</p> | <p>Les commissions de retour à l'emploi mais existent seulement dans les établissements importants.</p> <p>Pour les TMS, matériel et formation.</p> <p>En tant que référente, rôle d'accompagnement des agents dans leur démarche ; participation aux commissions de retour à l'emploi</p> | <p>Les mesures ont été prises récemment : cellule d'accompagnent, matériel, architecture etc...</p> |
| <p><i>D'autres pistes d'amélioration ?</i></p> | | <p>Sociologie et éducation : il faut que la direction joue le jeu, tout comme les personnels.</p> | <p>Meilleure visibilité et lisibilité des « aides » au sens large, notamment, une meilleure connaissance des référents FIPHFP.</p> <p>Continuer la formation et la prévention.</p> | <p>Renforcement de la formation et de la sensibilité à large échelle.</p> <p>Accentuation de la mobilité dans les établissements et encourager les échanges internes.</p> |

Annexe n°3 : Graphiques utiles pour illustrer les données statistiques sur les AS et les ASH

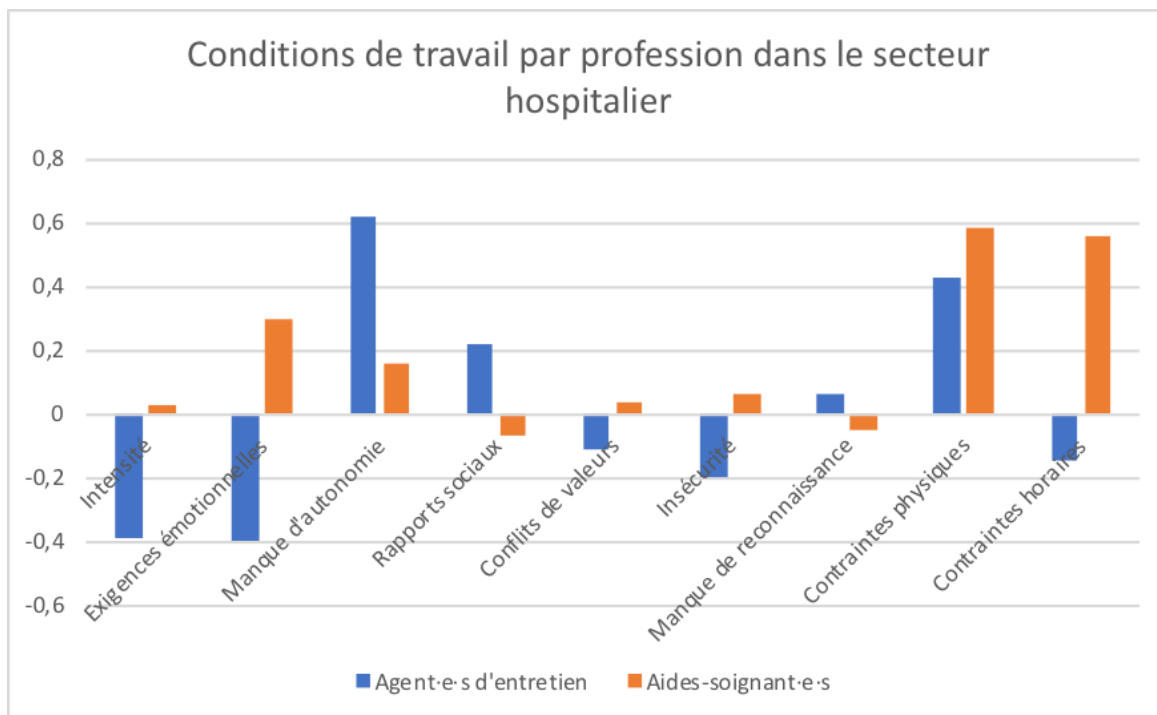
Graphique n°1



Graphique n°2

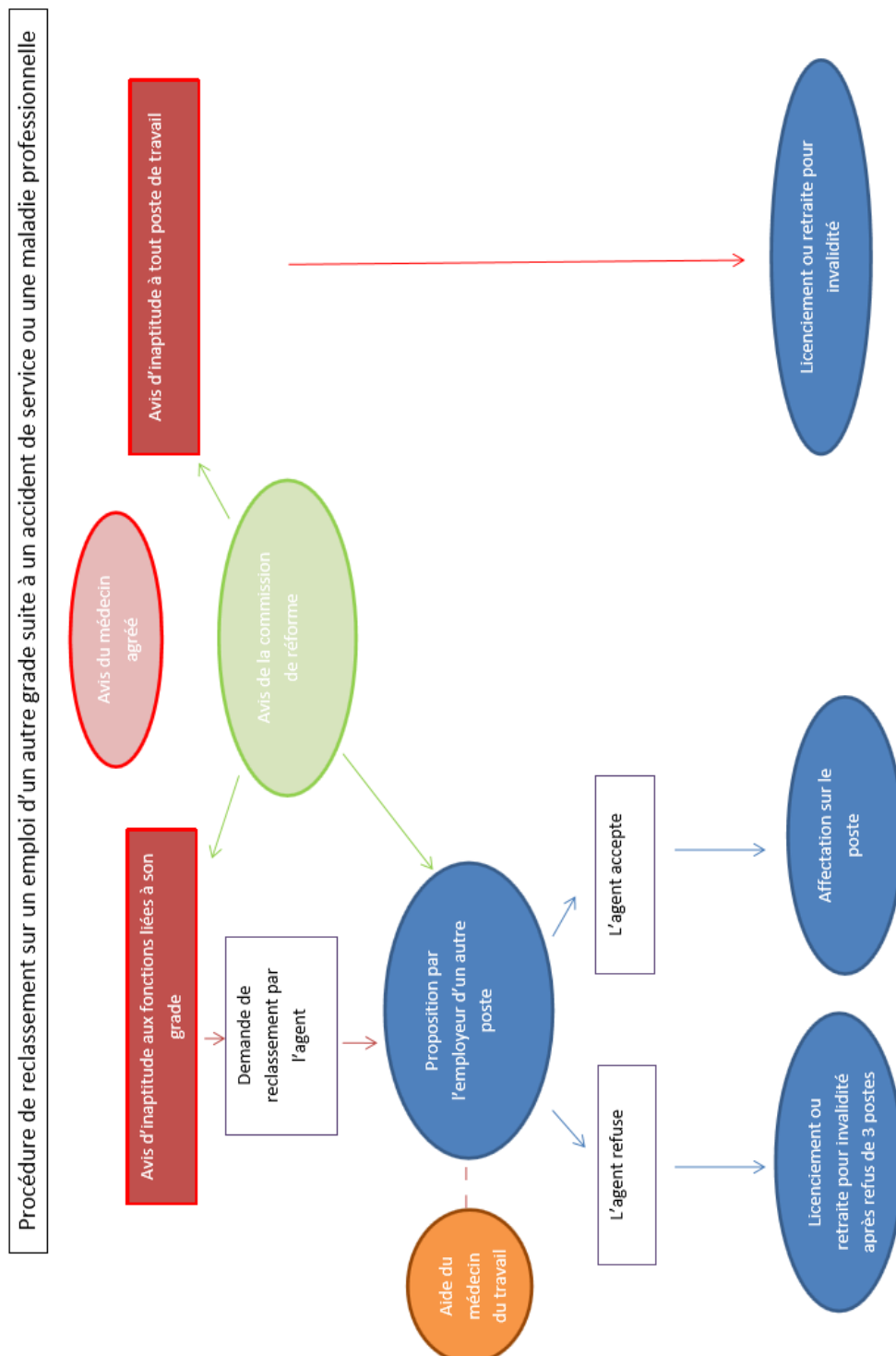


Graphique n°3

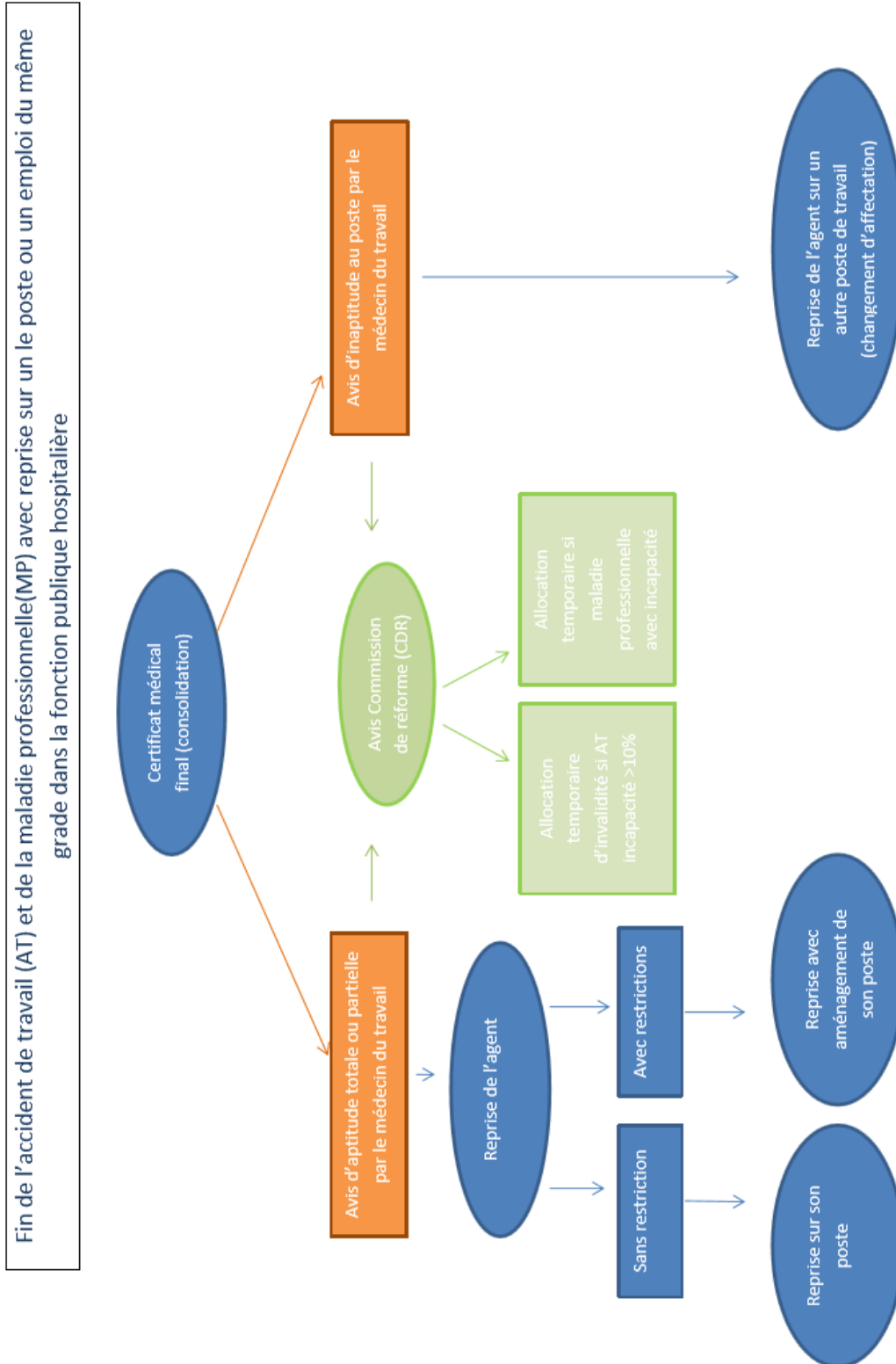


Réalisé à partir des données Dares ; DGAFP ; DREES ; Insee, enquête Conditions de travail 2012-2013.

Annexe n° 4 : Procédure de reclassement sur un emploi d'un autre grade suite à un accident de service ou une maladie professionnelle



Annexe n° 5 : Procédure de reprise de l'agent sur un poste aménagé suite à un accident de service ou à une maladie professionnelle



Annexe n°6 : Les acteurs intervenant dans l'accompagnement des agents en situation d'inaptitude et de handicap



OPACITE DES LIENS SANTE-TRAVAIL DANS LA PRODUCTION DE HANDICAPS ET D'INAPTITUDES : LE CAS DES AS ET ASH DANS LES SECTEURS SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAUX

Myriam Batherosse ; Hélène Buhannic ; Céline Dogna ; Romain Gérard ; Olivier Lapique ; Lucie Perrot ; Adeline Rouby ; Emilien Saugrin ; Laure Taillade ; Audrey Vigneron

Résumé :

La lutte contre la production de handicaps et d'inaptitudes chez les AS et ASH a commencé par une obligation indemnitaire et s'est poursuivie par le développement d'une culture de la prévention dans la Fonction Publique Hospitalière. Cependant, la qualité de vie au travail de ces agents reste aujourd'hui très pénible, que ce soit d'un point de vue physique mais aussi mental.

En effet, malgré toute une série de dispositifs, la production de handicaps et d'inaptitudes reste cachée par différents masques. Ces masques sont institutionnels et réglementaires, du fait d'une myriade d'organismes et d'actions qui se juxtaposent sans coordination, entraînant de fait une sous-déclaration des agents concernés. Ces masques sont aussi médicaux, en particulier avec la faiblesse récente des services de médecine au travail. Enfin, ces masques dépendent aussi des structures sanitaires et médico-sociales et de leurs agents, qui, malgré une multitude d'initiatives comme le DUERP, le CHSCT, ou la GPMC, peinent à déclarer leurs inaptitudes ou handicaps pour de multiples raisons.

Dès lors, différentes actions sont possibles. Les premières concernent les organismes nationaux et étatiques. En effet, ces derniers pourraient déployer des mécanismes d'alertes, simplifier leurs procédures, ou encore harmoniser leurs organisations pour plus de coordination. D'autres concernent les structures hospitalières et médico-sociales. En tant que futurs dirigeants de ces organisations, des actions nous semblent souhaitables, comme le développement de données quantitatives en interne, la coordination des cadres, DRH, CHSCT et médecins du travail, l'amélioration de la mobilité interne ou encore le déploiement d'une sensibilisation et d'une communication autour du handicap et de l'inaptitude. Enfin, la création des GHT offre aux dirigeants sanitaires et médico-sociaux l'opportunité de mener des actions coordonnées sur un territoire large pour lutter contre la production de handicaps et d'inaptitudes pour les AS et ASH.

Mots clés : *Inaptitudes ; handicap ; ASH ; AS ; masques ; invisibilisation*