



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital
Promotion 2006

**Pour une gestion adaptée de
l'inaptitude
L'exemple du Centre Hospitalier de
Dax**

Florie BIDEPLAN

Remerciements

Je tiens à remercier,

Mme Clara DE BORT, Directrice des Ressources Humaines au Centre Hospitalier des Pyrénées, pour ses précieux conseils et son suivi attentif dans son rôle d' «Encadrant Mémoire »,

Monsieur Marc LESPARRÉ, Directeur des Ressources Humaines au Centre Hospitalier de Dax, pour ses orientations et l'intérêt porté à ce mémoire,

L'ensemble des membres de l'équipe de direction du Centre Hospitalier de Dax pour leur accueil et leurs conseils avisés,

Et enfin tous les agents de la Direction du Personnel pour leur sympathie, et tout particulièrement Madame Marie Claude DABADIE, Adjoint des Cadres, et Madame Annick TUDAL, Attaché d'Administration Hospitalière, pour leur soutien méthodologique et technique ainsi que leur très grande disponibilité.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 POURTANT FONDEE SUR DES BASES MEDICO-JURIDIQUES SOLIDES, L'INAPTITUDE DEMEURE UNE NOTION PLURIELLE ET RELATIVE TANDIS QU'UN GLISSEMENT RECENT DU CONCEPT DE HANDICAP PERMET DE PENSER ENSEMBLE LA GESTION DES TRAVAILLEURS INAPTES ET HANDICAPES.....	4
1.1 Si l'inaptitude est un concept évolutif et relatif, localement son origine et ses formes d'expression principales apparaissent bien identifiées.....	4
1.1.1 Déterminée en fonctions de critères médicaux et dépendante d'un environnement professionnel, la notion juridique d'inaptitude a su demeurer opératoire, en dépit de fortes évolutions et d'une application tardive au secteur hospitalier	4
1.1.2 L'inaptitude au Centre Hospitalier de Dax	11
1.2 Un glissement récent de la notion de handicap, vers un rapprochement avec celle d'inaptitude, impose de penser ensemble la gestion des agents inaptes et handicapés, et ce bien que les modalités de reconnaissance et de recensement des travailleurs handicapés demeurent spécifiques.....	20
1.2.1 La notion de handicap, une apparition tardive en droit français pour un rapprochement récent avec celle d'inaptitude	20
1.2.2 Une définition encore en cours de la notion de travailleur handicapé	22
1.2.3 L'activité professionnelle des personnes handicapées	24
2 EN DEPIT DE LA VARIETE DES OUTILS DONT ELLE DISPOSE, LA GESTION DES INAPTITUDES, TANT DANS SES ASPECTS PREVENTIFS QUE CORRECTIFS, BUTE SUR DE NOMBREUSES DIFFICULTES ET INCOHERENCES, FRENANT ALORS LA CONSTRUCTION D'UNE RELLE POLITIQUE D'EMBAUCHE A L'EGARD DES TRAVAILLEURS HANDICAPES.....	31
2.1 Malgré de nombreuses initiatives, la prévention des risques ne parvient pas à déjouer l'inaptitude d'origine professionnelle	31
2.1.1 La prévention des risques professionnels, une priorité institutionnelle....	31

2.1.2	...qui n'offre encore que des résultats peu satisfaisants au regard des moyens déployés.....	35
2.2	Malgré la multiplicité des solutions théoriquement offertes, les processus de maintien au travail demeurent perfectibles, tant du fait d'un nombre limité de possibilités d'application, que des difficultés rencontrées lors de leur mise en œuvre.....	37
2.2.1	Le maintien dans l'emploi, un processus encadré et porté par de nombreux outils et protocoles statutaires	38
2.2.2	...mais entravé par le faible nombre des solutions réellement proposables....	42
2.2.3	... et perturbé par des modalités de mise en oeuvre non satisfaisantes.....	47
2.3	Ces difficultés de gestion freinent la construction d'une politique d'embauche à l'égard des travailleurs handicapés, et ce en dépit de nouvelles obligations législatives. Pourtant, une certaine intégration de fait, même si encore insuffisante, semble s'être opérée	50
2.3.1	La réactivation d'une obligation législative associée à un élargissement des publics éligibles.....	50
2.3.2	L'absence d'une politique formalisée à destination des travailleurs handicapés n'empêche pas une certaine intégration de ces personnels	52
3	SI L'OPTIMISATION DU SYSTEME DE GESTION DES INAPTITUDES VERS UNE COHERENCE ET UNE SYNERGIE ACCRUES NE NECESSITE PAS UNE REFONTE GLOBALE, ELLE IMPLIQUE TOUT AUTANT QU'UNE ADAPTATION TECHNIQUE DES MODES DE PRISE EN CHARGE, DES CHANGEMENTS PLUS PROFONDS IMPULSES PAR UN VERITABLE ENGAGEMENT INSTITUTIONNEL.....	56
3.1	Définir un projet d'amélioration des modes de gestion de l'inaptitude.....	56
3.1.1	La formulation d'un principe méthodologique préalable, la nécessité de conduire une démarche globale, participative, intégrant la problématique spécifique du handicap, et globalement supportée par une intervention extérieure	56
3.1.2	La définition des objectifs opérationnels	64
3.2	...et amorcer sa mise en œuvre	70
3.2.1	L'adaptation des techniques de prise en charge.....	70
3.2.2	L'implantation de changements profonds nécessitant un engagement institutionnel.....	76
	CONCLUSION	85

Bibliographie	87
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AES	Accident d'Exposition au Sang
AGEFIPH	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées
AP-HP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
AS	Aide Soignant
ASH	Agent de Service Hospitalier
AT	Accident du Travail
ATI	Allocation Temporaire d'Invalidité
CCTP	Cahier des Clauses Techniques Particulières
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CAP	Commission Administrative Paritaire
CH	Centre Hospitalier
CHSCT	Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail
CIH	Classification Internationale du Handicap
CLD	Congé Longue Durée
CLM	Congé Longue Maladie
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNRACL	Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DARES	Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FIPHFP	Fonds d'Insertion pour les Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
DRH	Direction des Ressources Humaines
FPH	Fonction Publique Hospitalière
FPT	Fonction Publique Territoriale
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPP	Invalidité Permanente Partielle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
IRPP	Intervenant en Prévention des Risques Professionnels
T2A	Tarifification A l'Activité
MP	Maladie Professionnelle
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
UCR	Unité Centrale de Restauration

INTRODUCTION

Dans un contexte accaparé par une exigence d'efficacité économique et d'efficience généralisée au travers du passage à la tarification à l'activité, une réflexion sur l'inaptitude au travail peut sembler quelque peu incongrue.

Pourtant, l'aptitude médicale au travail est née il y a plus d'un siècle d'un autre effort de rationalisation, porté alors par l'organisation scientifique du travail. Mais la perspective était ici essentiellement sélective, puisque sa création permettait d'écarter les individus les plus fragiles.

Si l'on ne saurait comparer la réforme Hôpital 2007 avec une quelconque entreprise tayloriste, et si la gestion de l'inaptitude s'est orientée depuis la loi du 11 octobre 1946 vers une protection du salarié, certaines représentations collectives en forme de poncifs demeurent.

Intuitivement, le travailleur inapte, est ainsi plus souvent assimilé à un agent plutôt moins preste que la moyenne, que tout à fait performant. Et plutôt que des outils lui permettant de recouvrer une totale efficacité, les aménagements de poste et autres procédés de gestion de l'inaptitude sont souvent perçus comme des allègements de la charge de travail, préservant certes la santé du salarié, mais minimisant au final le service rendu.

Tant que les restrictions d'aptitude au travail demeuraient exceptionnelles, ne concernant que des agents victimes d'une usure professionnelle tardive, cette conception de l'inaptitude et de sa gestion, bien que tout à fait erronée et stigmatisante pour les individus concernés, n'entraînait guère de conséquences pour un établissement public ou privé, industriel ou hospitalier. On tentait au mieux d'apaiser les souffrances au cas par cas, sans chercher à considérer l'inaptitude comme une composante à part entière du facteur travail.

Mais l'inaptitude médicale au travail ne concerne plus aujourd'hui seulement des cas isolés, victimes d'accident ou d'un âge avancé.

Environ 6% des salariés examinés chaque année par la médecine du travail se voient signifier une restriction d'aptitude, soit plus de 700 000 personnes.

Et ce constat ne saurait uniquement s'appliquer au secteur industriel, puisqu'en 2005, sur les 972 certificats d'aptitude émis par la médecine du travail du Centre Hospitalier de Dax, 49 énoncent des réserves sur l'aptitude de l'agent à occuper son poste de travail, soit une

prévalence de 5,04%¹, ce chiffre ne retraçant en outre que le flot des inaptitudes décelées dans l'année.

Si les situations d'inaptitude au travail sont plus nombreuses, elles sont également plus critiques. Trois agents ont ainsi été mis à la retraite d'office pour invalidité l'année passée, au bout d'un long parcours ponctué de multiples tentatives de réintégration.

Sous ces effets conjugués, la perception de l'inaptitude et de ses modes de gestion se transforme. L'accompagnement des agents n'est plus simplement justifié par des obligations réglementaires supportées par des injonctions morales, mais également par un souci d'efficience individuelle et globale. La multiplication des situations d'inaptitude mal gérées perturbe en effet le fonctionnement d'une institution hospitalière en provoquant des transferts non optimaux de la charge de travail collective, tout en induisant un coût financier non négligeable mais pourtant encore méconnu.

La prévention et la correction des effets induits des restrictions d'aptitude ne doivent donc pas seulement permettre d'offrir des solutions individuelles à des situations parfois dramatiques, mais également de gérer de façon globale ce qui ne constitue pas qu'un épiphénomène aux conséquences limitées.

Il s'agit alors d'envisager puis de travailler à une certaine conciliation entre inaptitude et performance, ce que seule la recherche d'une adéquation parfaite entre un agent et un poste de travail permet.

Le Centre Hospitalier de Dax a d'ores et déjà entamé une réflexion sur l'inaptitude et ses modes de prise en charge. De nombreuses initiatives, tant correctives que préventives, ont été menées les années passées avec une nette accélération pendant les derniers mois. Pourtant, les résultats escomptés se font toujours attendre. La prévention des risques professionnels ne parvenant pas à déjouer l'inaptitude, tandis que les opérations de maintien au travail, bien qu'encadrées au sein de nouveaux dispositifs, s'avèrent de plus en plus délicates.

D'autant que la réactivation d'obligations réglementaires en faveur de l'insertion de travailleurs handicapés vient complexifier plus encore la donne. Le Centre Hospitalier devant à la fois assurer la prise en charge des agents inaptes et répondre aux exigences de l'obligation d'emploi. La confusion entre ces deux notions, la méconnaissance de leurs

¹ Soit 3% des agents appartenant à l'établissement.

distinctions mais aussi des liens qu'elles entretiennent, n'incitant pas à une analyse globale.

Après la mise en œuvre d'une première série de mesures et leur évaluation en demi-teinte, le système de gestion des inaptitudes du Centre Hospitalier de Dax entre donc dans une période charnière, marquée par l'intrusion inattendue d'une problématique voisine mais méconnue.

L'analyse ici restituée s'est insérée dans ce cadre et a trouvé une extension naturelle dans la mise en place puis l'amorce d'une démarche projet pour une meilleure gestion des inaptitudes.

Conduite au travers d'un travail bibliographique autant que d'observations de terrain confortées par des échanges opérés au sein des groupe projet et comité de pilotage associés à cette démarche, cette étude a tenté de définir, tant en fonction de l'existant qu'en prenant en compte les obligations législatives liées à la question spécifique du handicap, un ou plusieurs vecteurs d'amélioration du système de gestion des inaptitudes.

Grâce à une analyse de la notion d'inaptitude et des outils concourant à sa prise en charge, on a d'abord cherché à déceler puis à mettre en perspective les points forts mais aussi les difficultés rencontrées par le Centre Hospitalier de Dax dans sa gestion de l'inaptitude. Ces dernières pouvant être le fait de problèmes tant techniques, qu'organisationnels ou managériaux. Dans ce cadre la dissociation de la prise en charge des questions d'inaptitude et de handicap a notamment été fortement interrogée.

Cet état des lieux a alors nourri la définition d'un ensemble de principes méthodologiques et d'objectifs opérationnels guidant la mise en place d'une démarche projet puis sa concrétisation au travers d'actions correctrices. Un grand nombre d'entre elles n'étant d'ailleurs aujourd'hui qu'amorcées, la majeure partie de ce projet devant se dérouler sur l'année 2007.

L'inaptitude est apparue comme une notion juridique évolutive et relative, dont le concept de handicap se rapproche aujourd'hui par un glissement sémantique, incitant alors une analyse coordonnée de ces problématiques pourtant distinctes (I).

Si sa gestion est encadrée par de nombreux outils et protocoles statutaires, tant la faiblesse des opportunités réelles d'action que ses modalités de mise en œuvre, induisent de réelles difficultés pour le Centre Hospitalier de Dax. Celles-ci constituant à leur tour de puissants facteurs de désincitation à l'intégration de nouveaux travailleurs handicapés (II). On recommandera alors tout autant que de simple modifications des techniques de prise en charge, des transformations plus profondes, qui ne sauraient être mises en œuvre sans un véritable engagement institutionnel (III).

1 POURTANT FONDEE SUR DES BASES MEDICO-JURIDIQUES SOLIDES, L'INAPTITUDE DEMEURE UNE NOTION PLURIELLE ET RELATIVE TANDIS QU'UN GLISSEMENT RECENT DU CONCEPT DE HANDICAP PERMET DE PENSER ENSEMBLE LA GESTION DES TRAVAILLEURS INAPTES ET HANDICAPES

1.1 Si l'inaptitude est un concept évolutif et relatif, localement son origine et ses formes d'expression principales apparaissent bien identifiées

1.1.1 Déterminée en fonctions de critères médicaux et dépendante d'un environnement professionnel, la notion juridique d'inaptitude a su demeurer opératoire, en dépit de fortes évolutions et d'une application tardive au secteur hospitalier

A) Non pas décrétée, mais déclarée en fonction de critères médico-juridiques, l'inaptitude demeure une notion relative...

Le Littré définit l'inaptitude comme le défaut d'aptitude, l'état de la personne qui n'est pas ou plus apte à l'exercice d'une activité donnée.

Dans le langage courant, cette notion est assimilée à une incompétence pouvant affecter des domaines variés, on parle ainsi d'inaptitude au chant ou à la danse.

La subjectivité de ce terme empêche cependant de l'appliquer avec pertinence à une activité plus institutionnalisée. L'inaptitude pressentie doit être constatée et reconnue. Ainsi, le conscrit est-il déclaré, et non simplement jugé, apte ou inapte au service militaire par les autorités compétentes.

Dans le domaine professionnel, l'inaptitude ne saurait davantage être décrétée. On peut traiter quelqu'un d'« incapable », mais pas de travailleur inapte. Cette qualification repose plutôt sur un ensemble complexe de critères d'appréciation, à la confluence des domaines médicaux, sociaux et juridiques.

L'inaptitude a en effet d'abord un fondement médical et constitue la conséquence professionnelle d'un accident, d'une maladie, ou de dysfonctions physiques.

Quels que soient son degré ou sa forme, elle est prononcée de façon temporaire ou définitive, dès lors qu'un salarié présente des symptômes aigus ou chroniques qui lui interdisent d'occuper son emploi sans s'exposer à un risque de détérioration de son état général.

Traduction professionnelle d'un état de santé, l'inaptitude constitue également une notion relative. Sans essence, définie par le lien entre un individu et son activité professionnelle, elle n'est pas une qualité dont on serait pourvu ou privé. Une inaptitude médicale au travail est ainsi formulée au regard d'une fonction ou d'un poste spécifique, et n'est en aucun cas synonyme d'une inadaptation totale et irrémédiable au travail. Et même si dans certains cas exceptionnels, peut-être énoncée une « inaptitude définitive à tous postes », celle-ci ne s'applique qu'aux emplois proposés par l'entreprise ou la structure concernée, n'empêchant pas d'envisager une seconde carrière dans un autre secteur.

Cette relativité est d'autant plus forte que l'inaptitude peut être constatée de façon différente selon les époques et les cultures, transformant ainsi la notion en une construction sociale, fruit de représentations particulières. Ainsi prend-elle à la fois des formes distinctes tant dans l'espace, avec une déclinaison nationale différenciée des logiques de prévention et de rationalisation du facteur travail, ou avec un traitement particulier conféré à certains groupes au sein un même Etat - la prononciation de l'inaptitude des travailleurs migrants en France au début des années soixante était par exemple gouvernée par des critères spécifiques -, que dans le temps, cette notion, se construisant et se déconstruisant depuis la fin du 19^{ème} siècle, pour ne s'appliquer que tardivement à la fonction publique hospitalière.

B) ...mais toujours opératoire, et ce, en dépit de nombreuses évolutions et de son application tardive à la fonction publique hospitalière

a) *L'aptitude médicale au travail : une notion évolutive*

Une notion centrale...

Fondée sur des bases médicales ou fonction d'un environnement social, l'inaptitude au travail est surtout une notion juridique qui sans être totalement remise en cause, a profondément évolué depuis son apparition en droit français.

La notion d'aptitude médicale existe depuis le début du 19^{ème} siècle. Elle a d'abord concerné l'activité de la médecine de sélection des armées puis à partir des années 1850 celle de la médecine d'usine.

C'est d'abord par la sélection des plus faibles que s'est organisée la prévention professionnelle en usine. L'interdiction du travail des enfants dans les mines instauré par une loi du 22 mars 1841² et la limitation de certains travaux pour les femmes font suite à la publication des travaux de Villermé sur l'état de santé des populations ouvrières³. Peu de temps après, un premier certificat d'aptitude au travail est imaginé. Instauré par une loi du 2 novembre 1882, il est celui qu'on demande aux jeunes, qui pour travailler dans les ateliers, ne sauraient avoir moins de 18 ans.

Les médecins entrent également à l'usine suite à la publication de la loi Nadaud du 9 Avril 1898 qui organise la réparation des accidents du travail. Le rôle de ces praticiens est alors ici encore essentiellement sélectif, puisqu'il s'agit de ne conserver que les travailleurs les moins susceptibles de présenter un sur-risque d'accident du travail puis de maladie professionnelle (loi du 25 octobre 1919). La visite médicale d'embauche et celle de contrôle annuel permettent la mise en œuvre de cette sélection.

Les textes fondateurs de la médecine du travail⁴ reflètent nettement cette orientation, en se réclamant du taylorisme et de l'organisation scientifique du travail à laquelle le médecin du travail peut directement participer, en plaçant, selon la philosophie de Taylor, « l'homme qu'il faut, là où il faut ».

....désormais intégrée dans un contexte plus large de prévention des risques professionnels

Cet effort de rationalisation s'élargit pourtant à d'autres préoccupations dès la fin de la seconde guerre mondiale. Avec la loi n°46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail, le rôle du médecin du travail sans être totalement bouleversé est tout au moins considérablement élargi.

Si la notion d'aptitude demeure centrale, celles de surveillance médicale et de prévention font leur apparition. Selon l'article 1er de ce texte le médecin du travail doit avoir un « rôle exclusivement préventif (qui) consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs ». La surveillance de l'état de santé des travailleurs passe donc par celle du milieu professionnel.

² Loi du 22 mars 1841 relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines ou ateliers

³ VILLERME L.R. *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie, 1840*

⁴ LECLERCQ, MAZEL, *La main d'œuvre nationale, 1917*

Pourtant dès le décret du 27 novembre 1947 portant application de la loi du 11 octobre 1946, l'aptitude médicale est de nouveau placée au cœur de l'activité du médecin du travail et c'est l'examen médical d'embauche qui constitue le pivot de cette action.

Jusqu'aux années 70, l'intervention du médecin du travail, en particulier au sein des petites et moyennes entreprises reste donc toujours centrée autour de la notion d'aptitude.

Sans remettre en cause ce concept, la publication du décret du 20 mars 1979 imposant aux médecins du travail de consacrer un tiers de leur temps à la surveillance du milieu, et les recommandations européennes de la directive cadre du 12 juin 1989⁵ instaurant pour l'employeur une obligation de mise en œuvre d'une démarche de protection de la santé du salarié, replace celui-ci dans un contexte plus large de prévention des risques professionnels et de maintien au travail.

Il ne s'agit plus simplement de constater, mais de prévenir l'inaptitude d'origine professionnelle.

Si la loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 traduit en droit français ces nouvelles orientations communautaires, l'idée d'une contribution de la médecine du travail à l'évaluation des risques professionnels n'a été reprise que bien plus tard avec la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, elle-même mise en application par le décret du 28 juillet 2004⁶.

Bien que ce texte réglementaire ne s'applique qu'au secteur privé, il constitue cependant une évolution non négligeable. Il parachève une véritable réforme de la médecine du travail, amorcée depuis déjà une quinzaine d'années, tant dans la législation de portée générale que dans celle plus spécifique à la fonction publique. Le « rôle essentiellement préventif » de la médecine du travail qu'appelait de ses vœux le texte originel du 11 octobre 1946 semblant enfin ici trouver une réelle concrétisation.

Dans ce système, le médecin du travail, plus que sur la constatation médicale d'une aptitude, agit en effet sur le milieu et sa surveillance, l'incidence de celui-ci sur la santé des travailleurs justifiant une intervention en amont.

⁵ Directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail

⁶ Décret n°2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le code du travail

Cette prévention primaire est d'abord facilitée par l'augmentation du temps consacré à la surveillance de l'environnement grâce à la réduction de celui alloué aux examens cliniques, la périodicité de ceux-ci passant de 12 à 24 mois sauf en cas de surveillance médicale renforcée.

La création des IRPP⁷, permet en outre de diversifier les compétences affectées à cette action sur le milieu. Indépendants, intervenant en qualité d'experts ils effectuent des études ponctuelles ou récurrentes, qui transmises au médecin du travail, aident celui-ci dans sa mission de conseil auprès de l'employeur.

Si ces dispositions ne s'appliquent pas au secteur public, leur philosophie ne lui est pourtant pas tout à fait étrangère et une exportation de ces nouveaux principes ne représenterait en aucun cas une rupture radicale pour la médecine du travail des établissements publics.

L'exercice pluri professionnel des activités de prévention est en effet en vigueur dans la fonction publique depuis le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique. Des agents chargés de la mise en œuvre de la prévention des risques professionnels (ACMO) ou chargés des fonctions d'inspection (ACFI), équivalents internes des IRPP sont en effet déjà évoqués.

Cette pluriprofessionnalité en matière de prévention des risques s'opère également de fait au sein des établissements publics puisque la médecine du travail ne constitue qu'un élément d'un plus vaste ensemble organisé autour du CHSCT. Instituée par la loi n°82-1097 du 23 décembre 1982 en lieu et place des CHS, cette instance, chargée d'une mission générale de surveillance du milieu, d'analyse des risques professionnels mais aussi de conseil avec la formulation de propositions concrètes sur l'organisation du travail, représente un lieu privilégié de négociation des objectifs santé/sécurité avec les représentants du personnel.

L'élaboration du document unique d'évaluation des risques rendue obligatoire par le décret du 5 novembre 2001⁸ a enfin souvent été l'occasion de formaliser l'action de ces

⁷ Décret n°2003-546 du 24 juin 2003 pris pour application de l'article L.241-2 du code du travail et modifiant le code du travail

⁸ Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs prévue par l'article L.230-2 du code du travail et modifiant le code du travail

acteurs et de rationaliser un système de gestion des risques au fonctionnement complexe.

Si au travers de la gestion des risques professionnels, les établissements publics se sont donc d'ores et déjà orientés vers une prévention de l'inaptitude, cette notion n'est pourtant apparue que récemment au sein des institutions hospitalières

b) *L'aptitude médicale au travail dans la fonction publique hospitalière : une notion récente, partagée et construite par de nombreux acteurs.*

La loi du 11 octobre 1946 concernait des établissements appartenant au secteur privé et il faudra attendre un arrêté du 29 juin 1960 pour que ces dispositions s'appliquent à tous les hôpitaux.

Néanmoins, des médecins avaient pris en charge la surveillance du risque médical des agents hospitaliers bien avant la parution de ce texte. Le service de contrôle de l'AP-HP créé en 1904 est rebaptisé à partir de 1944 service de médecine préventive et de contrôle, tandis que le premier service de médecine exclusivement préventive est constitué aux hospices civils de Strasbourg en 1951.

Le décret n°85-947 du 16 août 1985⁹ régit actuellement les modalités d'organisation et de fonctionnement des services médicaux du travail dans les établissements de santé. « L'action sur le milieu du travail » y est nommée en premier lieu parmi les missions du médecin du travail, démontrant encore la prégnance de la dimension préventive de son activité, tandis que sont définies les notions d'aptitude au poste et à la fonction, ainsi que l'ensemble des acteurs intervenant dans la reconnaissance de cette aptitude. La loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, le décret n°88-386 du 19 avril 1988 régissant les conditions d'aptitude à la Fonction Publique Hospitalière et l'arrêté du 5 juin 1988 relatif aux commissions de réforme des agents de la FPH complètent ces dispositions.

L'aptitude à la fonction : le rôle du médecin agréé

Avant de se prononcer sur une aptitude à un poste de travail spécifique, il importe de juger d'une aptitude générale à la fonction. Ceci est le rôle du médecin agréé. Ces praticiens généralistes sont inscrits sur une liste départementale établie par le préfet sur

⁹ Décret n°85-947 du 16 août 1985 modifiant le code du travail et relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail dans les établissements mentionnés à l'article L.792 du code de la santé publique et dans les syndicats inter hospitaliers

proposition du directeur de la DRASS et après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins, le décret du 19 avril 1988 imposant aux établissements hospitaliers d'effectuer un choix sur cette même liste.

La vérification de l'aptitude à la fonction est une application du principe général d'aptitude contenu dans l'article 5 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires selon lequel « nul ne peut être fonctionnaire s'il ne remplit pas les conditions d'aptitude physique requises pour l'exercice de sa fonction ».

L'article 10 du décret du 19 avril 1988 énonce pour la FPH les modalités de mise en œuvre de cette obligation. Chaque postulant à un emploi de la FPH se doit de produire « dans le délai prescrit par l'autorité administrative, un certificat médical délivré par un médecin généraliste agréé attestant que l'intéressé n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité ou que les maladies ou infirmités constatées ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions auxquelles il postule ».

L'aptitude vérifiée n'est donc ici une fois encore pas générale et absolue, elle est appréciée de façon spécifique, au regard des fonctions du futur agent.

L'article précité introduit également une procédure de recours puisqu'en cas de contestation des conclusions du médecin agréé par l'intéressé ou l'administration, le dossier sera soumis au comité médical départemental.

Si la vérification de l'aptitude à la fonction est un passage obligé pour l'agent, elle n'est souvent qu'une formalité en raison même de sa généralité. Seules certaines personnes, atteintes de pathologies tout à fait incompatibles avec leurs futures fonctions seront écartées. Le véritable contrôle de l'aptitude semble plutôt s'effectuer à la médecine du travail, lors de la vérification de l'aptitude au poste. Cette visite s'effectue souvent avant celle chez le médecin agréé, démontrant par là même le caractère presque automatique et induit du contrôle qui vient d'être exposé.

L'aptitude médicale au poste : le rôle du médecin du travail lors de la visite d'embauche

Puisque la notion d'aptitude est dépendante d'un environnement de travail, il est nécessaire d'examiner celle-ci au regard des conditions de travail du futur agent.

Comme mentionné précédemment, le décret du 16 août 1985 fait du constat d'aptitude l'objet principal de la visite d'embauche.

Mais la capacité de la médecine du travail à fournir un avis éclairé sur la question dépend de sa connaissance des postes de travail de l'établissement. Cette exigence vient alors légitimer plus encore pour ces praticiens le temps consacré à l'étude et la surveillance de l'environnement de travail.

A l'issue de la visite d'embauche le médecin du travail présente ses conclusions à l'administration sous la forme d'une fiche d'aptitude. L'agent peut alors être déclaré :

- apte
- apte avec réserves ou restrictions
- apte avec aménagement de poste
- inapte au poste mais apte à un autre poste
- inapte temporaire à tout poste
- définitivement inapte à tout poste

La variété des avis dont dispose ici la médecine du travail pour caractériser l'inaptitude, rappelle une fois encore la multiplicité des formes et des degrés que celle-ci peut emprunter. Afin cependant de mieux la caractériser, on cherchera alors à établir un portrait de celle-ci, à travers celui des agents qu'elle peut concerner, des situations dans lesquelles elle se voit reconnue, des pathologies principales dont elle est la conséquence, et enfin de ses enjeux, notamment financiers.

1.1.2 L'inaptitude au Centre Hospitalier de Dax

A) Remarques méthodologiques

Rendre compte des profils d'inaptitude au sein d'un établissement public ou privé, industriel ou de santé, nécessite de sacrifier à un premier biais.

L'inaptitude dont on analysera la forme n'est en effet que celle, visible, qui a été déclarée par les agents ou dépistée par le médecin du travail, mais qui en tous les cas, est reconnue. Mais les souffrances au travail ne sont pas toujours exprimées, notamment celles qui induisent une inaptitude «relative » (simple réserves ou restrictions et non inaptitude totale) ou temporaire.

Ce biais sous déclaratif pourrait cependant dans le cas du Centre Hospitalier de Dax, n'avoir qu'une influence somme toute assez faible. Un important travail de communication auprès des agents a en effet été mené afin de les inciter à déclarer tout accident du travail. Cette sensibilisation semble avoir eu des effets induits, amenant chacun à s'exprimer plus librement sur sa santé et tous les événements qui l'affectent, fussent-ils d'origine professionnelle ou non. On peut donc considérer que par le biais d'un meilleur recueil des déclarations d'accidents du travail, l'établissement dispose d'une connaissance globale plus fine sur la santé de ses agents.

L'inaptitude qui sera étudiée, n'est également que celle qui repose ou devrait reposer sur des considérations médicales. La décision du médecin du travail s'appuie en effet sur la constatation d'états physiques ou psychiques clairement pathologiques. S'il n'en existe pas, le ressenti même pourvoyeur de souffrance n'est pas clairement suffisant à la déclaration d'une inaptitude.

Quant à l'inaptitude psychologique ou psychique, sa prise en charge et sa reconnaissance sont encore hésitantes. Si les problématiques de stress et de violence au travail sont bien analysées dans les institutions hospitalières, avec ainsi la récente création d'un observatoire de la violence au CH de Dax, il est intéressant de constater que les textes régissant les conditions de prise en charge de l'inaptitude ne les intègrent pas encore. Bien sûr, les maladies mentales, dont la dépression, font partie des affections ouvrant droit à un congé longue durée, et les troubles psychiatriques sont intégrés au tableau des maladies professionnelles, mais nulle part les lésions psychologiques ne sont mentionnées.

Même si cette reconnaissance a déjà été opérée au Canada¹⁰, cette prise en compte n'est pas évidente puisqu'elle impliquerait une détermination précise, mais difficile à établir, des organisations de travail qui exposent plus particulièrement les agents à ces troubles.

Cette étude se concentrera donc sur l'ensemble des situations d'inaptitudes déclarées, reconnues, d'ordre physique et non psychologique. Les problèmes de stress et de violence au travail pourront néanmoins être incidemment abordés au travers des opérations d'accompagnement vers le retour au travail, ainsi après un accident de travail du à une agression.

Au cours de l'année 2005, 49 agents du Centre Hospitalier de Dax se sont vus reconnaître une ou plusieurs restrictions d'aptitude. L'examen de leurs profils peut alors permettre de caractériser l'inaptitude nouvellement déclarée, constituant ainsi une étude de flux.

La prise en compte des effectifs ayant été absents en 2005 pour maladie professionnelle, CLM, ou CLD, peut permettre d'enrichir l'analyse, avec une étude de l'inaptitude d'ores et déjà déclarée et prise en charge. On peut en effet supposer que l'attribution d'un congé

maladie longue durée ou la reconnaissance d'une maladie professionnelle constituent de premières réponses à une restriction d'aptitude.

Enfin, l'analyse des cas exposés à la commission des inaptitudes¹¹ fournira un panel intermédiaire, puisqu'il s'agit d'agents dont l'inaptitude est avérée mais à laquelle il n'a pas encore été fourni de réponse adéquate. On pourra cependant considérer que cette étude se rapproche plus de celle d'un flux, puisque la prise en charge de l'inaptitude n'est pas encore achevée, l'agent se trouvant toujours dans une situation instable.

En croisant ces différentes sources de données, on tentera d'établir un profil type renseignant notamment le sexe et l'âge de l'agent, sa catégorie d'emploi, ainsi que la profession exercée. On examinera ensuite les circonstances dans lesquelles ont été émises ces restrictions, puis la nature générale de la pathologie les expliquant. On tentera enfin de saisir les enjeux financiers, encore méconnus de l'inaptitude médicale au travail.

a) *Profils des agents en situation d'inaptitude au travail*

Comme le montre le tableau ci-après, l'agent en situation d'inaptitude au Centre Hospitalier de Dax est d'abord une femme, de plus de 40 ans, aide-soignante.

Plus de 70% des agents concernés par des restrictions d'aptitude, tant au sein des catégories retraçant un stock que celles décrivant un flux, sont en effet des femmes¹², dont la moyenne d'âge est supérieure à 50 ans pour les agents absents en 2005 pour CLM, CLD ou MP, mais seulement comprise entre 42 et 43 ans pour celles qui sont actuellement prises en charge par la commission des inaptitudes ou auxquelles la médecine du travail a signifié une restriction d'aptitude l'année passée. L'inaptitude ne concerne donc pas seulement des personnes en fin de carrière, puisque entre 1 agent sur 4 et 1 agent sur 3 dont la situation n'est pas encore stabilisée, a aujourd'hui moins de 35 ans.

Les AS constituent la profession la plus touchée par ces réserves et ce dans tous les groupes examinés. Plus largement, les catégories C sont sur représentées chez les personnes en situation d'inaptitude, avec dans chaque échantillon une proportion supérieure à 70%.

¹⁰ La commission de santé et de sécurité au travail canadienne intègre dans l'équivalent de son tableau des maladies professionnelles les « lésions professionnelles liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique ».

¹¹ Pour la présentation de la commission des inaptitudes, voir pp.35-36

¹² Il ne s'agit néanmoins pas d'une sur représentation féminine puisque 81% des personnels non médicaux sont des femmes.

Si l'inaptitude concerne majoritairement les femmes, on constate également un rajeunissement des hommes auxquels une restriction est signifiée. L'image d'une l'inaptitude conséquence d'une tardive usure professionnelle est donc ici encore remise en cause par l'apparition de ces nouveaux profils.

En conclusion, si l'inaptitude concerne encore majoritairement les femmes de plus de 40 ans aides soignantes, une population masculine, particulièrement jeune est également touchée par ce phénomène.

TABLEAU N°1 PROFILS D'INAPTITUDE AU CH DAX

	STOCK			FLUX	
	Agents en CLM	Agents en CLD	Reconnaissance d'une MP	Restrictions d'aptitude émise par la médecine du travail	Agents pris en charge par la commission des inaptitudes
Nombre d'agents concernés	19	14	24	49	17
Proportion de femmes	58%	92%	71%	73%	82%
Age moyen des agents	56	51	47	43	42
Age moyen des femmes	57	51	50	47	44
Age moyen des hommes	55,5	50	39	35	34
Proportion d'agents âgés d'au moins 40 ans	94%	85%	83%	67%	52%
Proportion d'agents âgés d'au moins 45 ans	94%	79%	79%	49%	52%
Proportion d'agents âgés de moins de 35 ans	0%	0%	8%	26%	29,5%
Proportion d'hommes âgés de moins de 40 ans	0%	0%	28%	46%	100%
Proportion d'agents de catégorie C	78%	86%	71%	Non renseigné	93%
Proportion d'AS	32%	71%	38%	Non renseigné	71%
Proportion d'ouvriers	21%	14%	17%	Non renseigné	11%
Proportion d'ASH	21%	14%	17%	Non renseigné	11%

b) *Les circonstances de la reconnaissance d'inaptitude, plutôt en cours de carrière qu'à l'embauche*

A l'embauche

Dans la très grande majorité des cas, les certificats médicaux à l'embauche ne comportent aucune réserve ou restriction. Ainsi, sur 167 avis d'aptitude à l'embauche émis par le médecin du travail du CH DAX en 2005, seuls 5 ont été assortis de restrictions, deux de ces personnes n'ayant pas ensuite été embauchées.

Plusieurs raisons à cette propension quasi-absolue à l'aptitude peuvent être invoquées. La moyenne d'âge relativement faible des nouveaux arrivants laisse tout d'abord supposer une relative bonne condition physique.

Au-delà de celle-ci, il existe également une certaine asymétrie d'information entre le médecin du travail et le futur agent qui ne peut qu'être réticent à déclarer une fragilité qui pourrait empêcher sa propre embauche.

Enfin, sans mettre en doute l'impartialité du médecin, dans les cas où les inaptitudes qu'il peut pressentir sont légères ou tout à fait temporaires, on peut comprendre qu'il soit humainement difficile pour le praticien de contrevenir au recrutement d'un agent.

Hormis l'intégration de travailleurs handicapés déclarés et reconnus comme tels, les réserves ou restrictions d'aptitude n'apparaissent en fait souvent qu'en cours de carrière.

En cours de carrière

Au cours de leur carrière, de nombreux agents se trouvent à un moment ou un autre en situation de désadaptation. Soit du fait d'une certaine usure professionnelle, soit à cause d'un accident avec ou sans lien avec leur pratique professionnelle, soit en raison de la naissance et de la progression d'une ou plusieurs pathologies, ces personnes rencontrent des difficultés récurrentes ou croissantes au travail.

Des symptômes aigus ou chroniques peuvent alors entraîner la rédaction d'un avis d'inaptitude avec une ou plusieurs réserves. Comme le montre le tableau ci-après, celles-ci sont rarement émises à l'occasion d'une visite annuelle mais plutôt lors des visites de reprise après un arrêt de travail ou lors de rencontres à la demande de l'agent ou de l'employeur.

TABLEAU N°2 PREVALENCE DES AVIS D'APTITUDE SELON LE TYPE DE VISITE

TYPE DE VISITE	PREVALENCE DES AVIS D'APTITUDE
Visite annuelle	99,4%
Visite de reprise après un arrêt de travail	62%
Rencontre à la demande de l'agent ou de l'employeur	60%

Cette tentative de caractérisation de l'inaptitude peut encore être complétée par une analyse des facteurs qui ont pu l'engendrer. Celle-ci sera cependant circonscrite aux causes d'origine professionnelle. D'une part parce qu'elles sont les premières responsables de l'augmentation des restrictions d'aptitude, et d'autre parce que la prévention agit difficilement sur des facteurs d'ordre non professionnel.

B) A la source des inaptitudes d'origine professionnelle, la manutention et les troubles musculo-squelettiques

a) *Un constat local...*

Accident de service, maladie professionnelle, de façon temporaire ou définitive, le travail génère de l'inaptitude.

Mais si à l'hôpital les risques professionnels sont légion, tous ne sont pas également pourvoyeurs de restrictions d'aptitude. Au Centre Hospitalier de Dax, la manutention, entendue comme toute opération de transfert physique de personnes ou d'objets, en constitue la première source.

Sur les 83 accidents de travail ayant entraîné un arrêt en 2005, 36 sont ainsi la conséquence d'une opération de manutention.

Si l'on ne s'intéresse qu'aux accidents ayant entraîné un arrêt supérieur à 21 jours, cette proportion passe à 14 sur 22, soit 63%.

Et ces accidents ont bien des conséquences en termes d'inaptitude, puisque la totalité des mi-temps thérapeutiques accordés suite à un AT concernent des agents souffrant de pathologies ostéo-articulaires.

A contrario les accidents d'exposition au sang ou à des objets coupants souillés, encore nombreux avec 53 déclarations en 2005, n'entraînent que peu d'absentéisme (1 seul accident avec arrêt en 2005) et donc a fortiori de déclarations d'inaptitude.

Les chiffres sont plus parlants encore pour les maladies professionnelles puisque les 13 reconnaissances effectuées en 2005 par la commission de réforme, responsables de 1379 jours d'arrêt de travail, concernent toutes des pathologies ostéo-articulaires provoquées par la manutention de charges lourdes (affections du rachis lombaire, tableau des maladies professionnelles n°98) ou par certains gestes et postures de travail (affections péri articulaires, tableau des maladies professionnelles n°57, 9 déclarations).

La manutention, représente donc bien plus qu'un risque professionnel, elle constitue pour le Centre Hospitalier de Dax la première cause de désadaptation au travail.

b) ...qui pourrait également être effectué au plan national...

En dépit d'une certaine sous déclaration, les données épidémiologiques pointent les troubles musculo-squelettiques comme le premier problème de santé au travail en France.

S'il existe quelques imprécisions quant à la définition, puisque les localisations de la douleur et les troubles pris en compte peuvent être légèrement différents d'une étude à une autre, on retiendra que les TMS constituent des blessures et des troubles du système musculo-squelettique qui affectent les muscles, les tendons, les nerfs, les articulations et les ligaments. On distingue généralement les lombalgies et cervicalgies (troubles du rachis), des TMS des membres - celles du membre supérieur étant plus fréquentes que celles du genou, de la cheville ou du pied -.

Près de 24 000 cas de TMS ont été indemnisés en 2003 au titre du tableau n°57 des maladies professionnelles soit presque dix fois plus qu'en 1992, ce phénomène ne semblant pas être un artefact dû à une augmentation des déclarations ou des changements de nature médico-légale telle la modification du tableau des maladies professionnelles¹³.

¹³ LECLERC A., HA C., ROQUELAURE Y., et al. La situation épidémiologique des troubles musculo-squelettiques. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'institut de veille sanitaire*, 15 novembre 2005, n°44-45, pp. 218-219

Sur le plan économique, le poids des TMS est tout aussi conséquent puisque les prises en charge au titre du tableau n°57 arrivent juste derrière celles au titre de l'amiante (tableau n°30 et 30 bis) avec plus de 541 millions d'euros en 2003. La somme dépassant 689 millions d'euros si les lombalgies sont prises en compte (tableau n°97 et n°98).

L'ensemble des TMS déclarés et indemnisés constitue donc bien aujourd'hui, tant à l'échelle locale que nationale, un indicateur alarmant de réduction d'aptitude au travail et un risque de rupture de carrière professionnelle. Mais si les enjeux humains de ces troubles ou plus largement de l'inaptitude sont relativement bien cernés, leurs conséquences financières pour les institutions hospitalières demeurent souvent méconnues.

C) L'inaptitude, au-delà d'une dimension humaine individuelle et collective, un enjeu financier encore partiellement cerné

L'inaptitude apparaît d'emblée pourvue d'enjeux essentiellement humains. Elle constitue en effet un processus de désadaptation au travail, qui s'il ne peut être correctement géré débouche sur une mise à la retraite d'office, s'apparentant alors souvent pour l'agent à une véritable déchéance professionnelle et sociale.

Cette dimension humaine se décline également sur le mode collectif puisque au-delà des situations individuelles, la gestion de l'inaptitude est affaire de groupe quand elle entraîne des modifications de la répartition du travail au sein d'un service.

Mais derrière ces ressentis individuels ou collectifs, l'inaptitude entraîne des conséquences d'ordre financier, d'ailleurs souvent mal cernées des deux principaux payeurs que sont l'établissement d'emploi et la CNRACL. La diversité des causes et des conséquences de ce phénomène empêche en effet une connaissance précise de son poids économique global.

Même en se limitant à l'inaptitude d'origine professionnelle, ces masses financières ne sont pas toujours parfaitement perçues. La Cour des Comptes note ainsi dans un rapport sur les AT et MP dans la fonction publique¹⁴ « une connaissance très partielle de

¹⁴ COUR DES COMPTES. *Rapport au président de la république 2005*. Paris : Direction des journaux officiels, 2005. 2^{ème} partie, chapitre 11, Les accidents du travail et les maladies professionnelles des fonctionnaires, pp. 583-620.

l'importance des accidents du travail et des maladies professionnels et des coûts qu'ils génèrent » et « une absence de synthèses nationales pertinentes ».

Deux catégories de charges, peuvent cependant être identifiées :

- Celles ayant trait à la gestion « immédiate » de l'inaptitude, avec pour le Centre Hospitalier les frais de remplacement face aux arrêts de travail ; et dans le cas d'un arrêt consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle, les frais médicaux et pharmaceutiques, voire chirurgicaux, d'hospitalisation et de prothèse.
- Celles se rapportant à une gestion à plus long terme de la restriction d'aptitude avec toujours pour l'établissement les arrêts de travail (maladie ordinaire, maladie professionnelle, congé longue maladie, congé longue durée, rechute d'AT), conséquences de la fragilité de l'agent. Et en cas d'une IPP supérieure à 10% consécutive à une maladie professionnelle ou un accident du travail, l'intervention du second payeur avec le versement par la CNRACL d'une allocation temporaire d'invalidité ou d'une pension d'invalidité en cas de mise à la retraite pour invalidité.

Les dépenses de la CNRACL directement en relation avec la réparation des risques professionnels des agents des Fonctions Publiques Territoriale et Hospitalière ont ainsi progressé de 17,8%, à un rythme annuel moyen de 4,5%, pour atteindre les 258 millions d'euros. 110 millions d'euros sont versés au titre d'une ATI, 52 millions d'euros en tant que rente d'invalidité, et 96 millions d'euros pour les pensions d'invalidité.

A l'échelle locale, les établissements assurés auprès de prestataires privés pour la couverture des frais médicaux consécutifs à un AT ou une MP, peuvent également faire le lien entre ces incidents et leurs coûts, les montants des primes étant ajustés en fonction de l'importance des prestations versées.

Selon l'assureur du Centre Hospitalier de Dax, entre 2002 et 2004 les frais de soins sont ainsi passés de 27 à 69 000 euros augmentant naturellement le montant des primes mais également la fréquence des contentieux, notamment sur la prise en charge des rechutes. Il est cependant à noter que ce coût n'est pas strictement celui de l'inaptitude, puisque tous les accidents du travail n'entraînent pas une restriction d'aptitude.

Si le coût des heures non travaillées, assimilé à celui du remplacement des agents absents, notamment en CLM, CLD, ou MP, permettrait de cibler plus justement le poids financier de l'inaptitude au CH de Dax, il n'est pas véritablement suivi. Pourtant, après calcul, pour l'année 2005, ces jours d'absence représenteraient plus de 216 000 euros

pour les maladies professionnelles, 349 000 euros pour les congé longue maladie et 177 400 euros pour les congés longue durée.

Même s'ils sont encore pour certains méconnus, l'ensemble de ces coûts, plaide donc pour une activation des mécanismes de gestion de l'inaptitude favorisant le maintien au travail.

Si l'inaptitude constitue une notion évolutive qui emprunte aujourd'hui de multiples visages, le concept de handicap apparaît tout aussi complexe et mouvant. Bien que ces deux réalités demeurent dissemblables, l'évolution du handicap d'une approche médicale vers une conception plus sociale, permet cependant de les rapprocher.

1.2 Un glissement récent de la notion de handicap, vers un rapprochement avec celle d'inaptitude, impose de penser ensemble la gestion des agents inaptes et handicapés, et ce bien que les modalités de reconnaissance et de recensement des travailleurs handicapés demeurent spécifiques

1.2.1 La notion de handicap, une apparition tardive en droit français pour un rapprochement récent avec celle d'inaptitude

Le terme handicap n'est apparu que tardivement dans la législation française avec la loi du 23 novembre 1957 dite loi Gazier. Substituant cette notion à celles d'infirmes et d'invalides jusque là couramment utilisées, ce texte associe pour la 1^{ère} fois le terme à celui de travailleur et évoque le reclassement professionnel de ces personnes.

Malgré ce changement sémantique, relayé par la publication de la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées accordant à celles-ci un statut général et des droits spécifiques avec notamment la création des COTOREP¹⁵, il n'existe pas en France et ce jusqu'en 2005 de définition légale du handicap.

¹⁵ Au 1^{er} janvier 2006 les COTOREP ont été remplacées par les Commissions pour les Droits et l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qui prennent également en charge les anciennes attributions des Commissions Départementales d'Education Spéciale (CDES). Elles siègent au sein des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), qui deviennent pour les personnes handicapées un guichet unique d'accès aux droits et prestations.

On s'appuyait alors traditionnellement sur celle proposée par l'OMS dans sa *Classification internationale des handicaps* publiée en 1980, à la suite des travaux de Philip Wood.

Celle-ci distinguait trois concepts, composantes du handicap :

- La déficience, ou le déficit que cause une lésion en altérant les structures ou fonctions anatomiques, physiques, ou psychologiques. En langage courant, handicapé par.
- L'incapacité ou atteinte fonctionnelle, qui empêche le sujet de pleinement accomplir un geste ou une activité. En langage courant, handicapé pour.
- La désavantage ou atteinte situationnelle, qui résulte des deux premières notions, et qui limite l'individu dans l'accomplissement de son rôle social. En langage courant, handicapé lorsque.

Bien qu'elle accorde une certaine place à l'environnement social, cette définition insiste plutôt sur les déficits et les insuffisances de la personne handicapée. Plutôt que d'une approche « situationnelle », inscrivant la personne handicapée dans un espace social, la CIH se rapprochait d'un modèle biomédical ou « fonctionnel », individualisant l'état de la personne handicapée.

La notion de handicap était alors bien distincte de celle d'inaptitude puisque la première définissait l'état individuel d'une personne, tandis que, comme l'a montré l'analyse, l'inaptitude constitue une notion relative à l'environnement professionnel, définie par le lien existant entre un individu et son activité.

Le processus de révision de la CIH qui s'est achevé par la publication de la CIH-2 en 2001, devait pourtant permettre de faire une plus grande place à la dimension sociale du handicap. Tout autant que le déficit, le contexte social est alors désigné comme créateur de handicap.

Ce glissement sémantique, bientôt intégré par le droit français, permet d'opérer un rapprochement entre les notions de handicap et d'inaptitude. Intégrée au Code du Travail dans son article 141.1, la loi du 11 février 2005¹⁶ indique en effet qu'un handicap constitue « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie 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 ».

¹⁶ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Cette définition se distingue bien ici de celle proposée par l'OMS en 1980, en insistant plus sur les conséquences sociales du déficit que sur son origine. Le cœur du handicap en droit français n'est plus la lésion handicapante mais l'état fonctionnel de la personne par rapport à une situation donnée. Le handicap et l'inaptitude constituent alors deux notions certes distinctes, - ainsi, un handicap peut être tout à fait compatible à la déclaration d'une aptitude sans réserves ni restrictions - mais toutes deux relatives à un environnement social ou professionnel. Pas plus que pour l'inaptitude, il n'existe donc d'essence du handicap, on parlera tout au plus de personnes en situation de handicap comme on parle de celles en situation d'inaptitude au travail.

1.2.2 Une définition encore en cours de la notion de travailleur handicapé

La notion de travailleur handicapé a elle aussi considérablement évolué pour être peu à peu complétée voire supplée dans les textes législatifs par une nouvelle catégorie, non pas équivalente mais bien plus large, celle des « bénéficiaires de l'obligation d'emploi ».

A) Du travailleur handicapé...

L'article L.323-10 alinéa 1^{er} du Code du travail, introduit par la loi du 23 novembre 1957, considère comme travailleur handicapé « toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ».

Cette définition large, conçue à l'époque pour tenter de regrouper en un ensemble cohérent les infirmes, invalides, ou mutilés de guerre, peut cependant être interprétée de façon relativement restrictive puisque selon un arrêt de la Cour de Cassation du 19 Juin 1991 « seul peut être considéré comme travailleur handicapé au sens de l'article L.323-10 du Code du Travail celui qui a été reconnu comme tel par la COTOREP ».

Ainsi la priorité d'emploi définie par la loi Gazier, instaurant un premier effectif minimum de ces travailleurs dans les structures privées ou publiques (3%) ne s'appliquait qu'aux individus ayant reçu une certification COTOREP, alors que jusqu'à la loi du 11 février 2005 les dérogations aux limites d'âge pour l'accès à la fonction publique étaient également limitées à ces seuls mêmes effectifs.

B) ...au bénéficiaire de l'obligation d'emploi

Si la loi Gazier du 20 novembre 1957 institue un premier mécanisme de quota d'embauche à direction des personnes handicapées, la notion de «bénéficiaires de l'obligation d'emploi » n'apparaîtra que quarante plus tard avec la loi n° 87-577 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des personnes handicapées.

La mesure principale de ce texte, l'obligation d'emploi, ne s'applique ni aux travailleurs handicapés, tels que définis de façon large par le texte législatif de 1957, pas plus qu'aux seules personnes identifiées par la COTOREP.

Ces dernières constituent certes une des catégories des bénéficiaires de l'obligation d'emploi, mais outre celle-ci, l'article L323-3 du code du travail qui en édicte la liste, intègre :

- les victimes d'accident de travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une IPP supérieure à 10% et titulaires à ce titre d'une rente attribuée au titre du régime général de la sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire
- les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de la sécurité sociale
- les anciens militaires et assimilés titulaires d'une pension militaire d'invalidité
- les veuves de guerre
- les orphelins de guerre âgés de moins de 21 ans
- les femmes d'invalides internés pour aliénation mentale imputable au service de guerre
- Les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires

Le concept de travailleur handicapé est donc ramené au rang de simple subdivision d'une notion plus large couvrant un large spectre allant jusqu'à des handicaps qui pourraient être qualifiés de « sociaux », avec ainsi les veuves et orphelins de guerre. La prise en compte de cette catégorie ou de celle des anciens militaires constituant également une résurgence de l'ancienne acception du handicap, longtemps en grande partie assimilé aux mutilations conséquences de la guerre.

La loi du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées conforte encore la préséance de cette jeune notion en y ajoutant deux catégories de bénéficiaires, les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés et ceux de la carte d'invalidité.

La déclinaison du contenu de ce nouveau concept en fonction du secteur d'activité, ajoute encore à cette victoire sémantique, en permettant de moduler les effectifs considérés.

Ainsi, si l'application de textes de 1987 et 2005 concerne tant les structures privées que publiques, les catégories des bénéficiaires de l'obligation d'emploi prises en compte ne sont ainsi pas rigoureusement les mêmes. L'article L323-5 introduit par la loi du 10 juillet 1987 mentionne en effet spécifiquement pour le secteur public deux nouveaux groupes de personnes décomptées comme travailleurs handicapés. Il s'agit des agents reclassés conformément aux dispositions régissant l'une des trois fonctions publiques, et de ceux bénéficiant d'une allocation temporaire d'invalidité.

La notion de travailleur handicapé, tour à tour trop large ou trop étreinte, a donc peu à peu cédé sa place dans les textes, à celle, plus souple et moins connotée, de bénéficiaires de l'obligation d'emploi.

Néanmoins, si ce nouveau concept est bien identifié, dans le langage courant on continue à parler de travailleurs handicapés pour désigner les bénéficiaires de l'obligation d'emploi. Dans le cadre de cette analyse, nous pourrions ainsi utiliser indifféremment les deux termes.

Le visage du travailleur ou de la personne handicapée, tout comme celui de l'individu médicalement inapte au travail, a évolué de façon considérable au fil des années, et ce de façon à prendre en compte la variété des situations individuelles. L'inaptitude et le handicap sont devenus des notions éminemment plurielles, des variables dépendant de l'environnement social ou professionnel du sujet, complexifiant alors considérablement toutes velléités de recensement.

1.2.3 L'activité professionnelle des personnes handicapées

A) Recenser les personnes handicapées...

L'étude de l'insertion professionnelle des personnes handicapées présuppose un recensement précis de cette population. Le contour de celle-ci, du fait d'une définition plurielle de la notion même de handicap déjà évoquée, mais également de la multiplicité des administrations concernées reste cependant relativement flou.

Ainsi, pas moins de trois directions ministérielles établissent-elles des opérations de recensement touchant à la problématique du handicap : la DREES pour le secteur socio-sanitaire avec notamment les statistiques annuelles des COTOREP, la DARES pour le secteur emploi qui établit par exemple les tableaux de bord des CAT, et enfin la direction

de la programmation et du développement pour le secteur éducation qui prend en charge l'enquête enseignement supérieur des universités, IUFM, et écoles d'ingénieur ¹⁷.

Afin d'établir malgré tout une estimation fiable du nombre de personnes concernées par la question du handicap, l'INSEE a coordonné entre 1998 et 2001, une vaste enquête sur les handicaps, les incapacités et la dépendance (HID) menée tant auprès de personnes vivant à domicile qu'en institution.

Mais puisqu'il existe des formes et des degrés particulièrement divers du handicap, la détermination des effectifs considérés ne saurait s'opérer au travers d'un seul et même chiffre.

Tant au sein de l'enquête HID, que dans un recensement plus récent retracé dans son *Portrait social de la France 2004/2005*, l'INSEE présente plusieurs définitions, construisant une représentation du handicap, à la fois fonction de la subjectivité des sondés et de critère d'appréciation plus neutres.

Les effectifs observés varient alors considérablement puisque si 23 650 000 personnes déclaraient « être affectés d'une déficience » au cours de l'enquête HID, presque dix fois moins recevaient une allocation puisque seuls 2 620 000 de bénéficiaires étaient décomptés. Une définition d'exhaustivité intermédiaire permettait également de considérer le handicap sous un angle plus spécifiquement professionnel en ciblant les personnes pour lesquelles celui-ci semble constituer un facteur de désinsertion professionnelle. Ainsi, 6 110 000 personnes, déclaraient rencontrer un problème d'emploi (personnes inaptées à l'emploi ou ayant dû l'abandonner, ou bénéficiant d'un emploi aménagé pour raison de santé).

B) ...afin de caractériser leur activité professionnelle

a) *Un taux d'emploi inférieur à celui de la moyenne...*

Quelle que soit la définition retenue et en dépit des réserves associées à la faible fiabilité du système statistique, les personnes handicapées travaillent en tout état de cause moins que la moyenne. Toujours selon l'INSEE, 37% des bénéficiaires de l'obligation d'emploi désignés par la loi de 1987 ont ainsi une activité professionnelle effective contre 62% pour l'ensemble des 15-64 ans.

¹⁷ COUR DES COMPTES. La vie avec un handicap : Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et organismes intéressés, 2003.

Cette relative faiblesse du taux d'emploi est à la fois la conséquence d'un taux d'activité moindre et d'un taux de chômage plus élevé.

La proportion des bénéficiaires de l'obligation d'emploi évoluant sur le marché du travail n'est ainsi que de 44%, tandis que même en ne considérant que les tranches d'âge médian (25-49 ans) leur taux de chômage est de 18% contre 8% pour l'ensemble de l'échantillon, confirmant ainsi la faible efficacité des dispositifs législatifs d'incitation à l'embauche.

b) ...en dépit du mécanisme de l'obligation d'emploi

L'obligation d'emploi, disposition centrale de la loi du 10 juillet 1987, rappelée et complétée par le texte du 11 février 2005, vise à rendre effective l'insertion professionnelle des personnes handicapées, en fixant une proportion minimale de celles-ci par rapport à l'effectif réel employé.

En cas de non respect de cette obligation, chaque employeur doit acquitter une compensation financière versée auprès de l'AGEFIPH¹⁸ depuis 1988 pour les employeurs privés, et auprès du FIPHFP¹⁹ depuis 2006 pour le secteur public.

La contribution FIPHFP peut cependant être minorée par la prise en compte de dépenses dites déductibles, et ce jusqu'à 50% du montant de la pénalité. Ces dépenses concernent notamment les contrats de sous-traitance passés avec des ateliers protégés ou des Centres d'Aide par le Travail, les mesures adoptées en vue de faciliter l'intégration de travailleurs handicapés, ou encore les aménagements de postes de travail effectués pour maintenir dans leur emploi des personnes reconnues inaptes à l'exercice de leurs fonctions.

Le taux d'emploi des travailleurs handicapés, tant dans le secteur public que privé reste pourtant encore bien inférieur au seuil de 6%. Oscillant autour de 4,5% pour la fonction publique et égal à 4,2% pour l'ensemble 98 800 établissements du secteur concurrentiel de plus de 20 salariés concernés par cette obligation, il impose donc le versement d'une cotisation au moins égale à 500 fois le SMIC par salarié manquant. Malgré tout, selon les indicateurs conjoncturels de la DREES (juin 2006) un établissement privé sur trois aurait choisi de n'employer aucun travailleur handicapé.

¹⁸ Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

¹⁹ Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique mis en place par le décret n°2006-501 du 3 mai 2006

C) Les travailleurs handicapés dans la Fonction Publique

Un peu plus de 4,5% des emplois publics sont aujourd'hui occupés par des personnes handicapées. Les dernières données disponibles font état d'un taux de 4,7% pour la FPE (2004), 4,5% pour la FPT (2003), et 4,5% pour la FPH (2002).

Ces chiffres ne sont cependant pas directement comparables à ceux du secteur privé. D'abord parce que les modalités de décompte diffèrent d'un secteur à l'autre²⁰, ensuite parce qu'on peut également supposer que jusqu'en 2006 la reconnaissance officielle du handicap d'un agent était plus souvent demandée par les employeurs du secteur privé que ceux du public, qui n'étaient alors pas encore inquiétés par d'éventuelles sanctions financières. L'incitation était en effet relativement forte dans le secteur concurrentiel où des primes à la reconnaissance ont pu être versées aux employés ayant choisi de se déclarer.

Chacune des trois fonctions publiques offrent une structure distincte de ses effectifs de bénéficiaires de l'obligation d'emploi. Celle de la Fonction Publique Hospitalière se distingue ainsi très nettement par le nombre important d'agents ayant bénéficié d'un aménagement de fonctions ou de poste.

D) Les personnes handicapées dans la Fonction Publique Hospitalière

Le recensement des travailleurs handicapés est effectué chaque année par la DHOS. Il est obtenu par une extrapolation d'une enquête lancée auprès de 200 établissements. La dernière en date, publiée en 2004, expose la situation de ces personnes au sein de la FPH au 31 décembre 2002.

Ce rapport indique une stabilisation voire une augmentation des effectifs bénéficiaires de l'obligation d'emploi, puisque ceux-ci sont passés de 4,15% en 2001, à 4,52% l'année suivante. Ce taux est atteint grâce à des emplois directs, puisque la sous-traitance avec le

²⁰ Chaque bénéficiaire de la loi du 10 juillet 1987 puis du 11 février 2005 compte ainsi pour une seule unité dans la Fonction Publique, sans qu'aucune pondération puisse être opérée en fonction, notamment de la gravité du handicap ou de l'âge comme cela peut être le cas pour les entreprises privées.

milieu protégé ne représente que 0,045% des emplois soit un taux d'emploi direct de 4,48%.

Cet effectif global masque cependant de fortes disparités notamment au niveau de la classification administrative de ces agents.

Seuls 8,11% d'entre eux sont des agents reconnus travailleurs handicapés par la COTOREP. C'est relativement peu surtout si l'on compare ce taux avec son équivalent pour la FPT, où les agents reconnus travailleurs handicapés par la COTOREP représentent 34% des bénéficiaires de l'obligation d'emploi.

Les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ayant entraîné une IPP supérieure à 10% et donc le versement d'une ATI représentent un groupe important, avec plus de 30% du total de l'échantillon.

Mais ce sont les agents caractérisés comme « inaptés » par les critères de classement de cette étude qui comptent pour presque 60% de ces effectifs. 3,54% d'entre eux ayant été reclassés pour inaptitude, tandis que les 56,05% restants ont vu « leur poste de travail adapté ».

L'intégration de cette dernière catégorie au sein d'un tel recensement est cependant à interroger, et ce au vu de la définition des effectifs bénéficiaires de l'obligation d'emploi.

Contrairement aux agents reclassés pour inaptitude, les personnes placées sur des postes aménagés se semblent pas explicitement concernées par l'article L323-5 du Code du Travail introduit par la loi du 11 Février 2005.

En effet seuls sont pris en compte « les agents qui ont été reclassés en application (...) des articles 71 à 75 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 ». L'aménagement de fonctions est certes prévu par l'article 71 de la loi du 9 janvier 1986, mais il ne constitue pas un reclassement au sens propre²¹.

La cellule d'aide au paiement de la contribution FIPHFP interrogée à plusieurs reprises au sujet d'une éventuelle prise en compte des agents placés sur des postes aménagés a toujours répondu par la négative.

Si cette règle devait ici s'appliquer, l'échantillon présenté serait alors réduit de moitié.

La prise en compte de postes aménagés dans ce recensement est pourtant justifiable notamment par la proximité des démarches d'aménagement des fonctions et de

²¹ La présentation et l'analyse des procédures de reclassement et d'aménagement sont effectuées pp 40-42.

reclassement pour inaptitude. Celles-ci sont régies par le même article de la loi du 9 janvier 1986 et sont souvent mises en œuvre de façon successive, puisque c'est lorsque que l'aménagement de fonctions ou de poste ne constitue pas une réponse suffisante face aux restrictions d'aptitude qu'un reclassement est envisagé. En pratique, des agents qui pourraient être reclassés pour inaptitude par la commission médicale départementale, se voient souvent proposer en interne un aménagement de poste, afin d'alléger une procédure particulièrement longue, parfois inadaptée et souvent vécue comme stigmatisante.

Une difficulté s'oppose pourtant à l'inclusion parmi les travailleurs handicapés des agents placés sur des postes aménagés.

Les degrés d'inaptitude présentés par ces personnes peuvent en effet être tout à fait variés à l'intérieur d'une même structure. Des aménagements de poste conséquents permettent certes parfois de gérer des niveaux d'inaptitude pour lesquels un véritablement reclassement aurait pu être requis, mais comment assimiler handicap et aménagement de fonctions quand celui-ci, aussi essentiel qu'il soit pour l'agent, est tout à fait minime ? Le handicap est certes une notion sans essence, relative à l'environnement et éminemment graduelle, mais il semble ici qu'on l'expose à un risque de dissolution.

Celui-ci est en effet pourvu d'une idée de gravité et de permanence dont l'inaptitude est peut-être légèrement moins porteuse. La loi du 11 février 2005 évoque bien dans sa définition précitée du handicap une « limitation d'activité » rapprochant inaptitude et handicap, mais celle-ci est la conséquence 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 », qui ne saurait concerner tous les agents placés sur des postes aménagés.

L'aménagement de fonctions apparaît donc comme une procédure se rapportant à des situations d'inaptitude trop diverses, pour être intégré de façon automatique à une nomenclature du handicap. Sans refuser sa prise en compte, tout à fait pertinente pour les aménagements de poste les plus lourds, celle-ci pourrait alors être décidée en fonction d'indicateurs appréciant le degré de criticité des restrictions d'aptitude.

E) Le personnel handicapé au CH de Dax, l'absence de recensement

Au 1^{er} janvier 2006 le Centre Hospitalier de Dax ne disposait pas d'une connaissance satisfaisante de ses effectifs de bénéficiaires de l'obligation d'emploi.

Le bilan social de l'année précédente comportait bien une section « travailleurs handicapés, mutilés de guerre et assimilés », mais les chiffres présentés étaient, selon la Direction des Ressources Humaines, relativement faibles au regard des effectifs réels. Même si le nombre de bénéficiaires d'une Allocation Temporaire d'Invalidité était relativement suivi avec 15 personnes listées, et si 15 agents occupant un poste aménagé pour raison de santé étaient également considérés comme bénéficiaires de l'obligation d'emploi, seules 6 personnes reconnues travailleurs handicapés par la COTOREP étaient en effet décomptées.

Au total, avec 36 personnes, ramenées à un effectif total de 1661 agents, le taux d'emploi était de 2,16%.

Mais si on applique stricto sensu les modalités de décompte du FIPHFP en laissant de côté les postes aménagés, la proportion n'est plus que de 1,26%, représentant alors une fois prises en compte les dépenses déductibles²², une amende de plus de 312 000 euros à verser au FIPHFP.

La question de l'intégration des travailleurs handicapés et de l'exhaustivité de leur recensement n'apparaît donc pas sans conséquences financières pour le Centre Hospitalier de Dax. Au moins afin de répondre aux exigences de l'obligation d'emploi, sinon pour envisager une politique, notamment d'embauche à l'attention de ces agents, la mise en place d'un recensement de ces effectifs constituera alors une exigence incontournable.

Si le handicap tout comme l'inaptitude sont des notions complexes, relatives et poly formes dont les effectifs associés demeurent difficiles à recenser, leur gestion apparaît bien plus encadrée, portée par un ensemble cohérent de dispositifs statutaires.

Mais malgré les armes dont il dispose, le Centre Hospitalier de Dax rencontre aujourd'hui de nombreuses difficultés dans sa prise en charge de l'inaptitude. Réelles ou ressenties, celles-ci contreviennent alors à la mise en œuvre d'une politique d'embauche à l'égard des travailleurs handicapés, dont l'intégration est d'abord considérée comme pourvoyeuse de nouvelles difficultés de gestion.

²² Pour l'année 2005, 3020 euros au titre de contrats de sous-traitance passés avec des CAT.

2 EN DEPIT DE LA VARIETE DES OUTILS DONT ELLE DISPOSE, LA GESTION DES INAPTITUDES, TANT DANS SES ASPECTS PREVENTIFS QUE CORRECTIFS, BUTE SUR DE NOMBREUSES DIFFICULTES ET INCOHERENCES, FREINANT ALORS LA CONSTRUCTION D'UNE REELLE POLITIQUE D'EMBAUCHE A L'EGARD DES TRAVAILLEURS HANDICAPES

Les outils et protocoles de gestion de l'inaptitude sont particulièrement nombreux, statutairement bien définis et confortés par un arsenal préventif des plus conséquents.

La gestion des inaptitudes intègre deux axes majeurs, l'un préventif avec une détection des risques professionnels, l'autre correctif avec le maintien au travail des agents inaptes. Au sein de ce deuxième volet, il ne s'agit pas à proprement parler de corriger l'inaptitude, mais d'atténuer sinon de gommer les effets que celle-ci peut occasionner sur l'activité ou l'insertion professionnelle de l'agent.

Si la question de l'intégration du handicap n'appartient pas strictement à la gestion de l'inaptitude, la proximité de ces deux notions, ainsi que la nécessité de répondre à l'obligation d'emploi, amènent à intégrer cette problématique spécifique. D'autant que comme on le montrera par la suite, l'intégration de travailleurs handicapés peut constituer un atout au service de la gestion des inaptitudes.

2.1 Malgré de nombreuses initiatives, la prévention des risques ne parvient pas à déjouer l'inaptitude d'origine professionnelle

2.1.1 La prévention des risques professionnels, une priorité institutionnelle...

A) Un souci général de prévention des risques professionnels...

Si dans son rapport sur les accidents du travail et les maladies professionnelles des fonctionnaires, la Cour des Comptes dresse un réquisitoire sévère pointant de nombreuses insuffisances en matière de prévention des risques professionnels, elle note

cependant aussi à plusieurs reprises la situation particulière des institutions hospitalières en ce domaine²³.

Mise en place rapide et efficace des CHSCT, développement d'outils de pilotage dès 1991 avec la création des Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail, intégration d'un volet conditions de travail dans les projets sociaux des établissements, « le défaut d'impulsion d'ensemble » décrié ne s'applique décidément pas à la fonction publique hospitalière.

L'état d'avancement du projet social du CH Dax au 31 décembre 2005 retraçant les actions réalisées en ce domaine, montre que cet élan est bien relayé au plan local.

Nombreuses, conduites sur un rythme soutenu, ces opérations ont pu concerner aussi bien les accidents d'exposition au sang avec une intensification des formations sur ce thème, que l'amélioration du système de radio protection des patients et du personnel par la mise en place de dosimètres interventionnels ou que le renforcement de la sécurité des biens et des personnes par le recrutement de deux agents de sécurisation et la présence accentuée des équipes de vigiles.

Mais parmi l'ensemble des actions conduites, deux d'entre elles touchent plus directement la prévention de l'inaptitude. Il s'agit d'une part de la mise en place d'un dispositif global d'analyse des accidents du travail et des situations d'inaptitude, et de l'autre d'une attention accrue portée à la problématique manutention.

B) ...qui a permis la mise en place d'un dispositif d'analyse intégré des accidents du travail et des situations d'inaptitude...

Au-delà des actions à orientation thématique, une méthode globale d'analyse concernant aussi bien les accidents du travail que les situations d'inaptitude a été mise en place à la fin de l'année 2005.

A la suite d'une réflexion conduite sur plus de deux ans, deux entités spécifiques ont été créées. L'une en charge de l'analyse des accidents du travail par la méthodologie de l'arbre des causes, l'autre de la gestion des situations d'inaptitude. Toutes deux ont été mises en place sous autorité de la Direction des Ressources Humaines, et conçues comme des instances pluriprofessionnelles.

²³ COUR DES COMPTES. *Rapport au président de la république 2005*, 2^{ème} partie, chapitre 11, Les accidents du travail et les maladies professionnelles des fonctionnaires, pp. 583-620.

Ainsi la commission de gestion des inaptitudes réunit-elle des agents du bureau du personnel, une partie de l'encadrement soignant supérieur et la médecine du travail ; un agent spécialiste des problématiques à l'ordre du jour (manutention, sécurité dans les services logistiques ou techniques, etc.) étant régulièrement invité.

Au-delà de ces quatre types d'acteurs, la commission d'analyse des accidents par l'arbre des causes, intègre également quant à elle les représentants du personnel membres du CHSCT.

Si l'activité de ces deux commissions s'effectue souvent ex-post la constatation de situations d'inaptitude pour l'une, ou la survenance d'accidents pour l'autre, leur action n'en a pas moins une teneur préventive. La commission des inaptitudes cherche certes à résoudre les situations avérées d'inaptitude qui lui sont soumises, mais elle agit également en amont, avec une détection et une prise en charge précoce des agents à la marge d'une situation de désadaptation.

Et c'est par la proposition de mesures correctives, effectuée si besoin est à l'issue de l'analyse, que la commission d'analyse des accidents par la méthode de l'arbre des causes exerce également une activité en ce sens. Fréquente, celle-ci donne lieu à des suggestions variées en matière d'aménagement des locaux (installation d'un tuyau d'arrivée d'eau afin de limiter pour les ASH le parcours à effectuer avec un bac plein) ou de répartition horaire des tâches à effectuer (modification des heures de passage de l'auto laveuse afin d'éviter les risques de chute des soignants).

Néanmoins, la grande majorité des actions conduites par ces deux commissions, ramène souvent à une seule et même problématique, celle de la manutention.

C) ...et une prise en compte effective de la problématique manutention

L'attention accordée par le CH Dax à la problématique manutention est bien antérieure à la publication des indicateurs les plus alarmistes sur les TMS.

Si jusqu'aux années 1990-1991 l'augmentation de ces affections passait encore relativement inaperçue au niveau national, leur croissance locale avait déjà entraîné la mise en place d'un dispositif de formation manutention. D'abord pris en charge par des intervenants extérieurs de 1985 à 1996, ces stages, qui constituent le module de formation le plus ancien de l'établissement, sont depuis animés par un responsable manutention interne, kinésithérapeute de formation.

Le dispositif initial s'est considérablement étoffé pour se muer en une prise en charge globale et complète, dont l'un ou l'autre des aspects touche la quasi-totalité des agents officiant à l'hôpital.

Bien sûr, il y a d'abord l'offre de formation, qui en dépit de la présence d'un seul et unique intervenant, s'avère tout à fait diverse et conçue de façon adaptative. Le module de base, est décliné en plusieurs actions spécifiques à la fois à un métier (manutention de la personne soignée pour les AS et infirmières, manutention manuelle des charges pour les ASH et les personnels techniques, manutention pour les secrétaires médicales et les personnels administratifs), ou à un niveau, avec pour la formation manutention personne soignée, un module initial mais également une session réactualisation sur une journée complète.

Cette spécialisation est également confortée par la mise en place de suivis terrain. A la demande des cadres, l'agent formateur passe deux à trois jours dans un service afin d'examiner les pratiques des agents sur leurs postes de travail et de répondre aux attentes particulières. Ce dernier module, particulièrement prisé depuis quelques années, permet d'éviter les problèmes de remplacement dus aux départs en formation. Les sessions «en salle » sont en effet relativement longues (4 jours pour la manutention personne soignée), et pendant les deux premières années de mise en place de la réduction du temps de travail, il fut difficile de libérer les agents. De nombreuses places en formation sont alors restées non pourvues, contrevenant à l'efficacité du dispositif. Mais ce constat ne s'applique plus depuis 2003, le nombre de modules de formation ayant presque doublé au vu de la forte augmentation des demandes. En 2005, 160 personnes contre 41 en 2001 ont ainsi suivi l'un ou l'autre de ces sessions.

La prise en compte de la problématique manutention ne s'arrête cependant pas à une offre de formation. Si celle-ci constitue le cœur du système, son action est encore renforcée par un plan d'équipement des services en matériels permettant de limiter la pénibilité du travail et tout particulièrement des transferts physiques.

Cet équipement amorcé en 1996 a d'abord été conçu comme une opération d'intéressement accordé aux services les plus performants au vu de critères d'évaluation pré-établis, puis s'est ensuite généralisé à tous les services. On peut aujourd'hui parler de quasi-exhaustivité en matière de lits à hauteur variable avec seulement deux unités non pourvues à 100%. Tous les services sont en outre équipés de chariot douches, d'un lève-malades, et pour les unités de gériatrie d'un verticalisateur. Pour la seule année 2005, le montant des dépenses consacrées à ces acquisitions s'élève à 398 000 euros.

La cohérence avec le dispositif de formation est assurée par la présence de l'agent formateur manutention en tant que responsable du choix de ces matériels. Ainsi la pertinence des réponses offertes par ces matériels aux problèmes de manutention peut être vérifiée bien en amont de l'achat. L'apprentissage des techniques d'utilisation de ces outils est également ensuite plus aisément intégré aux programmes de formation.

2.1.2 ...qui n'offre encore que des résultats peu satisfaisants au regard des moyens déployés

L'engagement du Centre Hospitalier dans une démarche de prévention de l'inaptitude d'origine professionnelle est donc sous-tendu par de nombreuses initiatives et relayé par un réel engagement de la direction et de l'encadrement. Axe majeur du projet social, celle-ci n'a pourtant obtenu que des résultats encore insuffisants.

Depuis 1999, l'évolution des incidents et affections d'origine professionnelle demeure particulièrement erratique, mais confirme cependant une nette tendance à la hausse.

Entre 99 et 2002, le nombre moyen de jours d'absence pour motifs médicaux a augmenté de 33% passant de 14 à 20 jours par agent. La hausse des jours d'absence conséquents à une longue maladie (+56%) et à un accident de service (+134%) expliquaient alors quasiment à eux seuls cette élévation puisque la maternité (+9%) et la maladie ordinaire connaissaient une croissance plus modérée.

Une étude plus fine du motif accident de service montrait alors une augmentation quasi exponentielle des jours d'absence pour maladie professionnelle (+482%) avec à la fois un triplement de la part de l'effectif global concerné et une multiplication par deux de la durée moyenne des arrêts. La part de ceux de plus de 15 jours augmentant nettement, passant de 37 à 68% des cas entre 1999 et 2002. Les filières techniques et soignantes expliquaient la quasi-totalité de cette croissance, et un certain équilibre s'établissait en fin de période entre le nombre de femmes et d'hommes concernés.

Cette évolution ne s'est depuis pas démentie. Même si le nombre de maladies professionnelles déclarées s'est légèrement infléchi en 2002 et 2003, il a à nouveau doublé entre 2003 et 2004 pour atteindre un niveau jamais encore atteint (18 nouvelles déclarations) pour se stabiliser en 2005 (13 déclarations). Au total les jours d'absence consécutifs à ces affections sont passés de 1579 en 2001 à 2871 en 2005 soit une augmentation de plus de 81%.

L'évolution des accidents de service n'est pas moins problématique. Après une période de stabilisation, le nombre de jours d'arrêt dus à ceux-ci a fortement augmenté entre 2004 et 2005 passant de 1606 à 2188 en 2005, soit un écart de plus de 36%, tandis que le taux de fréquence de ces accidents²⁴ est largement supérieur à celui des établissements issus de la même catégorie (37, 25 contre de 28, 3)²⁵.

Si l'on peut voir dans cette augmentation, une conséquence de la vaste politique d'incitation à la déclaration menée les années précédentes, la gravité de ces accidents n'a pas pourtant pas été revue à la baisse. «L'ongle cassé», « la petite éraflure » ne constituent pas le nouveau profil de ces accidents, puisque ceux suivis d'un arrêt continuent leur progression à la hausse, +38% entre 2004 et 2005.

Le taux de gravité²⁶ est encore légèrement supérieur aux dernières données publiées par la DHOS puisqu'il est de 0,99 contre 0, 83. Le décalage de parution des chiffres nationaux (2003 contre 2005 pour les données propres à l'établissement) oblitérant cependant quelque peu les possibilités de comparaison directe.

Seule donnée contrastant avec cette situation d'ensemble relativement défavorable, la part des effectifs concernés par un congé longue maladie ou longue durée qui après une nette augmentation de 1999 à 2001, a fortement diminué jusqu'en 2004 puisqu'on passait de 26 agents en congé maladie en 2001 contre 17 en 2004, et de 20 agents en congé longue durée en 2001 contre 12 en 2004.

Au travers de l'augmentation du nombre d'accidents du travail présentant un certain degré de gravité et exposant donc à un risque de séquelles, de la hausse des mises en maladies professionnelles, et de la conservation d'un volant conséquent d'agents en longue maladie, on constate donc bien l'importance des restrictions d'aptitude avérées ou à venir.

Les premiers mois de l'année 2006 semblent confirmer l'ensemble de ces tendances. En effet, si l'absentéisme pour longue maladie poursuit une stabilisation à la baisse, les jours d'absence pour maladie professionnelle et accident du travail connaissent une forte hausse avec respectivement +19% et +56,23%.

²⁴ Nombre d'accidents du travail/nombre total d'heures travaillées * 1 000 000

²⁵ Données sociales hospitalières 2003. DHOS.

L'attention accordée à la prévention des risques professionnels et des situations d'inaptitude n'a donc pas, ou encore que trop peu, généré les effets escomptés. La reconnaissance de maladies professionnelles et la survenance d'accidents du travail se font de plus en plus fréquentes, touchant notamment des agents de plus en plus jeunes. Seuls les effectifs en congés longue maladie et longue durée ont été réduits, mais ces chiffres masquent plutôt, soit une situation démographique avantageuse - beaucoup d'agents sont partis à la retraite et ces congés n'étaient que des solutions d'attente -, soit l'application de ce qui pourrait être qualifié de « non solution » avec une augmentation des mises à la retraite d'office pour invalidité, 3 cas en 2005 puis 2 encore en discussion au premier semestre 2006.

La mise en œuvre de cet ultime recours interroge alors le volet correctif de la gestion de l'inaptitude tant il est séduisant de considérer cette utilisation non tout à fait comme un échec, mais au moins comme un défaut d'aboutissement. Tout comme la prévention n'est pas encore en mesure de déjouer l'inaptitude d'origine professionnelle, le maintien au travail offre en effet des résultats assez largement perfectibles.

2.2 Malgré la multiplicité des solutions théoriquement offertes, les processus de maintien au travail demeurent perfectibles, tant du fait d'un nombre limité de possibilités d'application, que des difficultés rencontrées lors de leur mise en œuvre

Quand l'inaptitude ne peut être prévenue, sa prise en charge doit permettre à l'agent d'éviter toute nouvelle altération de son état de santé et de retrouver qualité de vie et efficacité au travail.

Le retour au travail des agents accidentés ou malades et l'intégration de travailleurs handicapés procèdent d'une même logique. Contre-pied parfait aux idéaux tayloriens, ce n'est plus tant l'homme mais le travail qu'il s'agit d'adapter. Mais tout comme son antithèse, cette déclaration de principes se heurte à de nombreuses difficultés d'application tant du fait de la faiblesse des possibilités concrètes de maintien au travail, que de leurs modalités d'application.

²⁶ Nombre de journées perdues pour 1000 heures de travail

2.2.1 Le maintien dans l'emploi, un processus encadré et porté par de nombreux outils et protocoles statutaires

A) L'aménagement de fonctions et le reclassement pour inaptitude, deux dispositifs complémentaires

a) L'aménagement de fonctions

La loi du 9 janvier 1986 définit dans son article 71 les circonstances qui peuvent amener à un aménagement de fonctions. Ainsi « lorsque les fonctionnaires sont reconnus par suite d'une altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leur fonction, le poste auquel ils sont affectés est adapté à leur état physique ».

Si l'organisation du service le permet, l'agent peut demeurer dans son service d'origine mais ne remplit pas pour autant toutes ses fonctions antérieures. L'exercice de certaines d'entre elles lui étant interdites par les restrictions énoncées par la médecine du travail. Les tâches correspondantes sont alors reportées sur d'autres membres de l'équipe. Le cadre concerné devra donc faire jouer une certaine solidarité d'équipe afin que cette nouvelle répartition de la charge de travail puisse être acceptée le mieux possible.

Si les nécessités de service ne permettent pas cet aménagement interne, le décret du 8 juin 1989 pris pour application de la loi du 9 janvier 1986 prévoit la possibilité d' « affecter un fonctionnaire à un poste de travail correspondant à son grade dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre à l'intéressé d'assurer ses fonctions ».

On se situe donc ici au-delà d'un simple aménagement des conditions de travail. Le changement de poste voire de service permet alors de clarifier la situation. Le poste est plus clairement ciblé comme allégé, il est dit aménagé. La situation de l'agent apparaît moins directement dépendante de l'acceptation par ses collègues d'une nouvelle répartition de tâches.

L'adaptation du poste de travail de l'agent ou son placement sur un poste aménagé n'est pourtant pas toujours envisageable, la personne concernée doit alors effectuer une demande de reclassement pour inaptitude.

b) Le reclassement pour inaptitude

L'article 71 de la loi du 9 janvier 1986 prévoit que « lorsque l'adaptation du poste de travail n'est pas possible, les fonctionnaires peuvent être reclassés dans les emplois d'un autre corps s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes ».

Le reclassement implique donc pour l'agent, qui doit en effectuer lui-même la demande, un changement de fonctions dans un emploi relevant d'un autre grade de son corps ou d'un emploi d'un autre corps sur un poste vacant.

Les articles 71 à 76 de la loi du 9 janvier 1986 exposent les différentes modalités de ce reclassement.

Celui-ci peut s'opérer sous la forme d'un détachement dans un corps de niveau égal ou inférieur au corps d'origine. Dans ce cas, le fonctionnaire ne peut se voir opposer ni de limite d'âge supérieure, ni de conditions d'appartenance à certains corps. Il est ainsi détaché pour un an. A chaque expiration de sa période de détachement sa situation doit être nécessairement revue. Au bout d'un an, il peut demander l'intégration dans le corps d'origine.

Le reclassement peut également se faire dans un corps de niveau supérieur, égal ou inférieur, mais de façon directe, sans détachement, par les modes d'accès prévus par les statuts particuliers. Le fonctionnaire peut accéder au nouveau corps s'il réunit les conditions d'ancienneté (mais sans conditions d'âge) par concours, ou par inscription sur une liste d'aptitude après examen professionnel ou après avis de la CAP d'accueil.

c) La place de l'expertise médicale au sein de ces deux processus

Dans le cas d'un aménagement de fonctions, il est nécessaire de recueillir :

- L'avis du médecin de travail si l'état physique de l'intéressé n'a pas entraîné de congé de maladie
- L'avis du comité médical départemental s'il y a eu congé de maladie

Pour un reclassement pour inaptitude, l'avis du comité médical départemental est systématiquement recueilli.

Cette instance étant consultative, l'administration n'est pas liée par les avis rendus sur les aménagements de fonctions ou les reclassements pour inaptitude²⁷. Celui-ci peut donc être remis en cause, et ce en saisissant le comité médical supérieur, la voix de celui-ci ne pouvant alors plus être contestée.

Néanmoins dans le cas du Centre Hospitalier de Dax cette procédure de recours n'a jamais été utilisée. On notera également, que les aménagements de fonctions requis par

²⁷ Seuls les avis du comité concernant les réintégrations au bout de 12 mois de congé maladie ordinaire, ou celles après CLM ou CLD, et les octrois de mi-temps thérapeutique s'imposent à l'autorité administrative.

la médecine du travail, sont toujours mis en œuvre de façon systématique, et ce sans que l'avis du comité médical ne soit recueilli y compris dans les cas où il y eu congé maladie.

Un aménagement de fonctions ou un reclassement pour inaptitude ne s'avère cependant pas toujours suffisant pour réintégrer l'agent de façon satisfaisante. Une procédure d'aménagement du temps du travail avec l'octroi d'un mi-temps thérapeutique peut alors être envisagée.

B) Le mi-temps thérapeutique

Le mi-temps thérapeutique est un aménagement du temps de travail qui doit permettre de favoriser une réadaptation progressive au travail après un CLM, un CLD ou suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

La loi n°94-628 du 25 juillet 1994 instaure dans des dispositions similaires pour les trois fonctions publiques le service à mi-temps pour raison thérapeutique.

Cette reprise peut être accordée « soit parce qu'elle est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé, soit parce que l'intéressé doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé ».

La demande doit être effectuée par l'agent auprès de l'autorité administrative, mais l'attribution dépend de l'avis du comité médical si l'agent était auparavant en CLM ou CLD, ou de l'avis de la commission de réforme²⁸ si la requête intervient suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

La demande peut être refusée du fait de contraintes de service, mais en pratique, l'autorité administrative suit l'avis du comité médical ou de la commission de réforme.

Au Centre Hospitalier de Dax, la gestion des mi-temps thérapeutiques est opérée de façon relativement efficace. Les demandes effectuées sont satisfaites sans grandes difficultés, tandis que le placement de ces agents en sureffectif favorise leur pleine acception au sein des services, la répartition collective du travail n'étant ainsi pas radicalement bouleversée. Les résultats apparaissent alors probants, puisque l'octroi d'un mi-temps thérapeutique constitue dans la majorité des cas une passerelle efficace vers un retour au travail.

²⁸ Commission paritaire dont le fonctionnement est régi par le décret du 9 septembre 1965 relatif à la CNRACL.

L'absence de véritable problématique interne attachée à la mise en œuvre de ce dispositif, n'incitera pas à l'étudier à nouveau dans le cadre de cette analyse. Les instances médicales chargés de l'attribution du mi-temps thérapeutique apparaissent en effet plus maîtres de l'avenir de ce dispositif que les institutions hospitalières. Et cette question n'est pas éludée, puisque lors des 6èmes Journées Nationales de la Médecine Agréée à Bordeaux en novembre prochain, le premier thème de réflexion portera sur la pertinence d'une extension des possibilités d'ouverture du mi-temps thérapeutique.

Malgré cette possibilité d'aménagement du temps de travail, tout maintien au travail peut être temporairement impossible. L'agent peut alors être placé en disponibilité d'office, puis si tout retour demeure inenvisageable, être mis à la retraite pour invalidité.

C) La disponibilité d'office et la mise à la retraite pour invalidité

La mise en disponibilité d'office pour raison de santé, régie par les articles 36 et 37 du décret du 19 avril 1988, n'est pas une mesure d'application générale automatique ou même immédiate. Elle ne peut en effet être déclenchée qu'à l'expiration d'un congé maladie, d'un CLM, ou d'un CLD, et seulement si l'agent est dans l'incapacité absolue mais temporaire de reprendre ses fonctions.

Elle est accordée pour un an, renouvelable deux fois, sur avis du Comité médical et de la Commission de réforme²⁹.

Si à l'expiration de ce congé, le fonctionnaire ne peut être réintégré, il pourra selon certaines conditions, être admis à la retraite pour invalidité.

Cette mesure constitue parfois l'ultime réponse qui peut être offerte à l'agent dont l'inaptitude peut être considérée de façon certaine comme définitive et s'appliquant à tout poste de travail.

Sa mise en œuvre ne peut être décidée qu'après épuisement des droits à congé maladie, longue maladie, ou longue durée dans le cas où l'invalidité est imputable au service. Mais dans la situation inverse, la mise à la retraite peut être immédiatement prononcée après que la commission de réforme ait rendu son avis.

²⁹ En fin de 3^{ème} année, si un nouveau constat d'inaptitude est effectué mais que le comité médical départemental atteste que l'agent pourra reprendre ses fonctions avant l'expiration d'une nouvelle année, la disponibilité peut être reconduite pour 12 mois.

La gestion des inaptitudes touche ici à ses limites puisque aucune solution de reclassement ou même d'attente ne peut plus être offerte à l'agent.

L'application de ces deux procédés demeure au Centre Hospitalier de Dax exceptionnelle. Bien encadrée, elle n'est décidée qu'en dernier recours, souvent en concertation avec l'agent. Cette relative efficacité incitera alors plutôt à concentrer l'analyse sur les mesures utilisables en amont, elles seules pouvant constituer de véritables vecteurs de réintégration.

Si les dispositifs permettant une prise en charge de l'inaptitude sont particulièrement nombreux, allant du simple aménagement de poste jusqu'à une possibilité de sortie définitive de l'établissement, leur utilisation demeure problématique, tant du fait d'un manque d'opportunités d'action que de modalités de mise en œuvre parfois inappropriées.

2.2.2 ...mais entravé par le faible nombre des solutions réellement proposées...

A) L'attribution des postes aménagés, un dispositif au fonctionnement très perturbé, et ce en dépit d'un protocole encadrant sa mise en œuvre

a) Une tentative de protocolisation...

Si certaines procédures encadrant la gestion de l'inaptitude ne concernent qu'une proportion limitée d'agents ou ne sont envisagées qu'après la mise en échec d'autres actions, l'aménagement, autant de fonctions que de poste, intéresse de larges effectifs.

Provisoire ou définitif, ad hoc ou officiel, l'aménagement de postes pour raison de santé n'était il y a quelques années que peu encadré au Centre Hospitalier de Dax. Les adaptations d'horaires pour raison sociale ou familiale constituant notamment une procédure concurrente avec laquelle il était souvent confondu.

Devant l'importance croissante des demandes, l'absence de règles formalisées d'attribution de ces postes, est rapidement devenue insupportable. En 2003 deux protocoles d'attribution de postes aménagés, l'un pour raison de santé, l'autre pour raison sociale, sont alors intégrés au guide de gestion administrative.

Le placement sur un poste adapté à des restrictions médicales d'aptitude est alors encadré par des règles strictes.

Cette attribution s'effectue sous forme de décision, selon un calendrier révisable en fonction d'une modification de l'état de santé de l'agent, mais impliquant en tout état de cause le caractère provisoire de l'affectation et engageant le bénéficiaire à signaler tout changement de situation.

A l'issue de toute période d'affectation, un réexamen de la situation de l'agent est prévu. Un fichier informatisé devait faciliter le suivi de ces demandes, cette gestion centralisée permettant d'éviter les mises en œuvre de mesures dérogatoires et de gérer les demandes en attente en ayant une idée claire des postes rapidement disponibles.

Si une procédure semblable avait été imaginée pour les postes aménagés pour raison sociale et familiale, il est intéressant de noter que le degré de priorité à respecter entre ces deux modes d'affectation n'a été pas défini par ces protocoles. La présence du seul aménagement pour raison médicale dans la loi du 9 janvier 1986 permettant cependant de justifier une certaine prévalence.

En dépit de cet exercice formalisation, pourtant conduit de façon pluridisciplinaire et bénéficiant d'une certaine adhésion, la procédure d'attribution de postes aménagés devait pourtant continuer à poser certaines difficultés.

b) ...rapidement rendue caduque par la résurgence de certaines pratiques

En juin 2006, dans le cadre de ce mémoire et à l'occasion de nouvelles demandes d'aménagement qu'il devenait impossible de satisfaire faute de poste, un point sur la procédure d'attribution des postes aménagés est effectué.

Si les listes les recensant, semblent, hormis quelques petits correctifs, relativement à jour, il existe un fossé important entre le nombre de postes aménagés occupés et le nombre de postes aménagés pourvus pour des raisons sociales ou de santé avérées.

Le tableau suivant présente les différentiels relevés. Ceux-ci sont cependant légèrement majorés puisque les postes listés dans le guide de gestion peuvent à la fois l'être sous les items raison sociale et raison de santé. Le volume agrégé de ces postes étant donc moins important au réel.

TABLEAU N°3 OCCUPATION DES POSTES AMENAGES

	POSTES LISTES DANS LE GUIDE DE GESTION	POSTES AMENAGES OCCUPES POUR UNE RAISON DE SANTE OU SOCIALE AVEREE
IDE POSTES AMENAGES POUR RAISON DE SANTE	15	1.5
IDE POSTES AMENAGES POUR RAISON SOCIALE	24	5.5
AS POSTES AMENAGES POUR RAISON DE SANTE	11.5	6.5
AS POSTES AMENAGES POUR RAISON SOCIALE	20	5
POSTES AMENAGES POUR RAISON DE SANTE HORS SERVICES DE SOINS ET HORS UCR/BLANCHISSERIE	7.5	4.5
POSTES AMENAGES POUR RAISON SOCIALE HORS SERVICES DE SOINS ET HORS UCR/BLANCHISSERIE	7	4

Plusieurs éléments peuvent alors être avancés pour expliquer ce bilan peu convaincant.

La mise en place de ces nouveaux protocoles s'est d'abord opérée sans reconsidération des postes aménagés antérieurement attribués. Les agents qui y étaient déjà placés, y sont demeurés en l'absence d'un nouvel examen de leur situation médicale ou sociale. Le renouvellement de ces affectations s'effectue encore d'ailleurs de façon quasi-automatique.

Par le passé, certains postes aménagés avaient également pu être accordés à des agents ne témoignant d'aucune difficulté, et ce de quelque ordre qu'elle soit. L'absence de demandes motivées par des critères médicaux ou familiaux permettait en effet d'y placer toute autre personne qui en faisait la demande. Le renouvellement des affectations de ces agents s'effectue depuis de façon automatique, réduisant de fait le nombre de postes aménagés disponibles, alors qu'aujourd'hui de nouvelles demandes émergent.

Au fil des ans les agents placés sur des postes aménagés avec une raison avérée ou non, sont en outre devenus « indispensables » au service et au praticien auquel ils sont rattachés. Sans nier les compétences qu'ils ont acquises, ces désormais habitudes remettent encore en cause la réattribution logique de ces postes.

Enfin, certaines de ces personnes sont choisies par les praticiens eux-mêmes, les postes qu'elles occupent n'étant alors plus gérés de façon centralisée et rarement en fonction de critères médicaux ou sociaux.

c) Le cas particulier des services logistiques, un système efficace de gestion des postes aménagés, qui touche pourtant à ses limites

Dans les services logistiques, tels l'Unité Centrale de Restauration et la blanchisserie, le sort des agents placés sur des postes allégés, est scellé d'une toute autre manière.

Si les cadres de ces services, agissent certes sur proposition du médecin du travail, transmise par le bureau du personnel, et si c'est bien encore ici le Directeur des Ressources Humaines qui validera toutes les affectations, celles-ci ne sont pourtant pas encadrées par une procédure globale et centralisée, telle celle qui vient d'être analysée.

Chacun de ces services gère plutôt en interne son propre volant de postes aménagés et n'a pas vocation à accueillir sur ceux-ci des agents en difficulté issus d'autres services. Ils ne le pourraient d'ailleurs sans doute pas, puisque sur 65 agents l'UCR compte déjà 9 postes aménagés et pourvus (plus 2 qui le seront tout prochainement), tandis que la blanchisserie a adapté 6 postes sur un secteur où évoluent à peine un trentaine d'agents.

Le choix d'une organisation interne s'explique d'autant mieux que ces aménagements sont pour la grande majorité d'entre eux considérés comme transitoires. Quand l'agent qui bénéficie d'une adaptation de fonctions est en congé, celui qui le remplace ne profite pas des mêmes restrictions de tâches mais accomplit au contraire l'ensemble de ses attributions. Tant à la blanchisserie qu'à l'UCR seuls deux postes aménagés « fixes » ont été créés, et quand leur bénéficiaire est absent, les tâches à accomplir y demeurent allégées.

Jusqu'ici ces services ont pu concilier les exigences productives qui sont les leurs avec la préservation de la santé des agents par le biais des adaptations de postes. Pourtant, l'importance prise par ces fonctions allégées semble enrayer un mécanisme d'intégration efficace.

La blanchisserie bute en effet aujourd'hui sur la contradiction entre deux procédés de gestion de l'inaptitude, l'un préventif, l'autre correctif. Afin de déjouer l'apparition de restrictions d'aptitude, un roulement des agents sur différents postes de travail a été instauré. Toutes les deux heures, ceux-ci sont occupés à une nouvelle tâche, limitant

ainsi la répétitivité des gestes et prévenant alors l'usure professionnelle. Mais toutes les personnes dont les fonctions ont été adaptées, ne peuvent participer pleinement à cette rotation, leur polyvalence réduite menaçant alors l'équilibre du roulement. Adaptation de poste et prévention de l'inaptitude deviennent donc ici presque incompatibles.

A l'UCR, c'est autant l'âge moyen que le nombre des agents évoluant sur des postes légers qui interroge. Si l'inaptitude reconnue à la blanchisserie est le fait d'une usure professionnelle classique et concerne des personnes proches de la retraite dans 5 cas sur 6, les restrictions d'aptitude touchent à l'UCR un effectif bien plus jeune, avec une proportion croissante d'agents de moins de 30 ans. Ces réserves sont en outre plus souvent définitives que transitoires et surtout de plus en plus sévères.

Au-delà de ces éléments, c'est enfin le mode de transmission des restrictions d'aptitude qui lors d'entretiens avec l'encadrement de ces services n'est pas apparu pleinement satisfaisant. La fiche d'aptitude rédigée par le médecin du travail, est en effet transmise au cadre du service par le bureau du personnel qui lui demande de bien vouloir appliquer ces prescriptions. Si cette démarche met en valeur la centralité de l'avis du médecin, elle ôte également au service toute marge d'initiative. Plus qu'un suivi de courrier, c'est un échange de points de vue sur ces possibilités d'adaptation de poste qui est souvent sollicité. Si la gestion de ces restrictions s'effectue en interne, elle ne doit en effet pas pour autant laisser le service isolé et esseulé face à cette tâche titanesque.

B) Le reclassement pour inaptitude reste une procédure sous-utilisée

Comme il a pu être constaté, une inaptitude définitive tant des personnels soignants que techniques peut être déclarée et reconnue bien en amont d'une fin de carrière, nécessitant alors pour tous les acteurs de sa gestion une réelle implication dans le devenir de l'agent.

Le reclassement pour inaptitude qui constitue alors une procédure statutaire classique n'est pourtant que peu utilisé. Selon le bilan social de l'établissement, depuis 2001 seuls 5 agents en ont bénéficié.

Au-delà de l'aspect stigmatisant que celui-ci peut revêtir pour l'agent, le faible nombre d'agents concernés s'explique également par la difficulté de mise en œuvre d'une telle démarche.

Sa validation par la commission de réforme ne consiste en effet qu'en une étape formelle en comparaison avec les difficultés pratiques que posent la réinsertion de l'agent. Si un

reclassement ne nécessite pas toujours le passage d'un concours, le besoin en formation est en tous les cas conséquent. Les métiers non qualifiés, non spécialisés, et dépourvus de compétences techniques n'existent plus ou presque, et rares sont les possibilités de reclassement direct ou « facile ».

Le bilan de compétences, en éclairant les atouts de ces candidats au changement devait faciliter cette forme particulière de mobilité. Accordé aux agents titulaires ou non, mais qui bénéficient d'au moins deux ans de services effectifs, il leur permet d' « identifier et (d') analyser leurs compétences professionnelles ou personnelles, leurs aptitudes et motivations afin de définir un projet professionnel et, le cas échéant, un projet de formation ³⁰».

Mais cette analyse des acquis et des potentialités de l'agent ne constitue elle aussi qu'une étape vers la réinsertion professionnelle. Encore peu habitué à ces pratiques, le Bureau du Personnel hésite encore dans la façon d'y donner suite et laisse en général à l'agent l'initiative de la réalisation de ce bilan.

Une fois celui-ci effectué, la question de la définition du projet professionnel reste en effet entière et en dépit de la variété des métiers à l'hôpital³¹, le manque de solutions est pour l'instant souvent évoqué. La formation des cadres en charge de la gestion des inaptitudes à l'utilisation du répertoire des métiers, a constitué en juin 2006 une première étape vers une prise en compte adéquate de ces premières demandes de bilan de compétences. Leur nombre en a effet fortement augmenté depuis le début de l'année, notamment chez les agents jeunes dont les restrictions d'aptitude - principalement aux gestes de manutention - sont conséquentes.

Les possibilités d'aménagements de poste ou de reclassements pour inaptitude s'avèrent donc en pratique limitées. Pourtant, même dans les cas où ces procédures peuvent être mises en place, leurs modalités d'application semblent encore poser question.

2.2.3 ... et perturbé par des modalités de mise en oeuvre non satisfaisantes

L'efficacité de la réinsertion professionnelle d'agents en situation de désadaptation dépend plus encore que du choix d'une procédure, des modalités d'application de celle-ci. Le maintien au travail nécessite en effet un important travail de suivi et d'accompagnement de l'agent tout au long d'un parcours loin d'être tout à fait sans

³⁰ Décret n° 2003-759 du 1^{er} août 2003 relatif au bilan de compétences des agents de la fonction publique hospitalière et modifiant le décret n°90-319 du 5 avril 1990.

³¹ 183 métiers sont recensés dans le Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière.

encombre. Le discours de ceux qui bénéficient de ces prises en charge, recueilli à l'occasion d'un examen de l'attribution des postes aménagés, et des rencontres avec les cadres des services plus particulièrement concernés par ces problématiques, ont permis de cerner quelques uns des points d'achoppement.

A) La bonne réinsertion d'un agent dépend d'une acceptation collective par le service parfois difficile à susciter...

L'intégration du nouvel arrivant va d'abord dépendre des circonstances de celle-ci. L'agent dont les fonctions ont simplement été adaptées mais qui est demeuré sur son poste de travail est souvent en équilibre précaire. Ses restrictions d'aptitude impliquent en effet une nouvelle répartition des tâches au sein du service. Plutôt qu'un consensus, l'acceptation de celle-ci est le résultat d'un compromis de tous les jours, que doit ardemment préserver le cadre de l'unité concernée. Et plus le nombre d'aménagements de ce type est important dans un service, plus cet exercice semble délicat.

Au-delà de ces quelques remarques, la diversité semble cependant de mise, la bonne réintégration de ces agents au sein de leur service dépendant à la fois du climat initial de celui-ci, des relations entretenues avec leurs collègues et plus subjectivement encore de l'opinion de ceux-ci sur le caractère effectif de ces inaptitudes. La reconnaissance, de ce qui est considéré par le groupe comme un « vrai besoin » confère donc à l'agent une acceptation de son statut, mais celle-ci demeure éminemment fragile et peut à tout moment se trouver compromise.

La situation de celui qui a changé de poste de travail et de service pour bénéficier d'un aménagement n'est guère plus confortable. Certes, le fléchage spécifique du poste devrait apporter une reconnaissance induite du besoin, mais ici encore celle-ci demeure bien plus subjective. L'attribution parallèle des postes aménagés pour raison familiale brouille en effet un peu plus les cartes, confrontant dans cette course à l'acceptation par le service le « vrai besoin » médical au tout aussi « vrai besoin » social.

D'autant qu'après une période où les demandes étaient somme toute assez faibles au regard des postes à pourvoir, la situation s'est inversée. Obtenir un poste aménagé nécessite aujourd'hui de la persévérance, et rares sont les demandes immédiatement satisfaites. L'agent qui aura obtenu ce sésame, sera alors d'autant moins accepté, que ces collègues estiment ses besoins insuffisamment justifiés.

La complexité, et parfois l'incohérence ressentie comme telle des modalités d'attribution, mettent également à mal ces processus d'intégration. Cette incompréhension née de la coexistence entre le formalisme attaché aux nouvelles affectations encadrées par des protocoles précis et la totale indépendance accordée aux agents présents sur ces postes depuis pour certains plus d'une quinzaine d'années, empêche alors l'émergence d'une solidarité entre agents en ce domaine.

B) ...et d'une l'implication effective de l'agent concerné, qui aussi indispensable quelle soit, s'avère parfois incertaine ou peu efficace

La réussite d'une démarche de réinsertion ne repose cependant pas que sur un degré satisfaisant d'acceptation collective. Le premier acteur de ce processus restant l'agent lui-même. Cette implication, qui semblerait devoir aller de soi, n'est cependant pas systématiquement effective, ou ne se traduit du moins pas toujours par des actions appropriées.

Toute la difficulté pour le bénéficiaire d'un poste aménagé en titre ou à venir est de réaliser que les modifications de ses fonctions ne lui permettront pas seules de préserver sa santé au travail. Une réintégration professionnelle réussie nécessite au contraire une auto analyse des pratiques, fut-elle dans un premier temps guidée par un expert, et une vigilance de tous les instants afin d'éviter les situations potentiellement dangereuses. Cet exercice particulièrement délicat, ne consiste donc en aucun cas en une acceptation passive de nouvelles conditions de travail, mais implique plutôt l'acquisition de nouveaux réflexes de gestion des situations critiques ou simplement quotidiennes. Alors seulement, l'adéquation poste/agent qui reflète la cohérence entre les conditions de travail, les compétences réelles, et les réserves émises, pourra être totale.

Si la gestion des inaptitudes est encadrée par de nombreux processus et protocoles, les possibilités effectives de maintien au travail s'avèrent parfois limitées tandis que les conditions dans lesquelles ces accompagnements sont effectués ne sont pas toujours optimales. Cette prise en charge contrariée de l'inaptitude, constitue alors un puissant frein à l'insertion de travailleurs handicapés, dont l'embauche est soupçonnée d'apporter un nouveau lot d'embarras.

2.3 Ces difficultés de gestion freinent la construction d'une politique d'embauche à l'égard des travailleurs handicapés, et ce en dépit de nouvelles obligations législatives. Pourtant, une certaine intégration de fait, même si encore insuffisante, semble s'être opérée

2.3.1 La réactivation d'une obligation législative associée à un élargissement des publics éligibles

La loi du 11 Février 2005 organise désormais l'intégration professionnelle des personnes handicapées. Si la fonction publique est directement concernée par les articles 35 et 36 de ce texte, les dispositions contenues dans ceux-ci ne constituent pas des créations ex nihilo. Tant la loi du 9 janvier 1986 que celle du 10 juillet 1987 organisaient déjà l'insertion des travailleurs handicapés, cherchant d'une part à simplifier l'intégration des agents et à faciliter leur déroulement de carrière, et d'autre à inciter à l'embauche de ces personnels avec la mise en œuvre du principe de l'obligation d'emploi

La principale évolution concerne en définitive le public visé par l'ensemble de ces dispositions. Pour la majeure partie d'entre elles, les dérogations ne sont en effet plus seulement accordées aux travailleurs handicapés tels que reconnus par la COTOREP, mais à l'ensemble des bénéficiaires de l'obligation d'emploi.

Enfin, si on ne rappellera pas ici le contenu l'obligation d'emploi déjà évoqué dans cette analyse, il importe cependant d'affirmer que seule l'application de ce puissant mécanisme incitateur permettra de donner une certaine réalité à l'intégration des travailleurs handicapés.

A) Le recrutement des bénéficiaires de l'obligation d'emploi

a) *Aptitude et compensation du handicap*

L'entrée dans la fonction publique impose à tous de respecter les conditions énoncées par l'article 5 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Parmi celles-ci, la nécessité de satisfaire aux «conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction » impose aux travailleurs handicapés comme à tout autre

candidat une visite d'aptitude à l'embauche effectuée par le médecin du travail. La suppression par le décret n°2005-38 du 18 janvier 2005 des COTOREP siégeant en formation «secteur public », chargées d'examiner la compatibilité du handicap avec le futur emploi, renforçant encore cette obligation.

Néanmoins, il s'agit, toujours selon l'article 5 précité, d'apprécier l'aptitude au regard « des possibilités de compensation du handicap », c'est-à-dire de l'ensemble des aménagements techniques mais également des aides humaines qui permettront d'adapter le poste au handicap du candidat.

En d'autres termes, on applique ici concrètement le principe de non discrimination rappelé par la loi du 11 janvier 2005 selon lequel «aucun candidat ayant fait l'objet d'une orientation en milieu ordinaire de travail par la COTOREP ne peut être écarté, en raison de son handicap, d'un concours ou d'un emploi de la fonction publique, sauf si celui-ci a été déclaré incompatible avec la fonction postulée à la suite d'un examen médical ».

b) Recrutement sur concours ou par contrat

Le recrutement d'un agent handicapé dans la fonction publique hospitalière peut être opéré sur concours avec possibilités d'aménagements divers ou par l'intermédiaire d'un contrat pouvant ensuite donner lieu, au bout d'un an, à une titularisation.

Avant la loi du 11 février 2005, la mise en œuvre de l'une ou de l'autre de ces procédures n'était ouverte qu'aux agents qui avaient été reconnus travailleurs handicapés par la COTOREP. Désormais tous les bénéficiaires de l'obligation d'emploi pourront profiter des dispositions dérogatoires, prévues par l'article 27 du titre II du statut général de la fonction publique hospitalière.

Ainsi pour ceux présentant un concours, les limites d'âge supérieures fixées pour l'accès aux corps ou emplois des établissements seront supprimées tandis que les règles de déroulement des concours seront aménagées (durée et fractionnement des épreuves, aides humaines et techniques, temps de repos).

Le recrutement contractuel direct, prévu par l'article 27 de la loi du 9 janvier 1986 sera également ouvert à l'ensemble des bénéficiaires de l'obligation d'emploi, augmentant les possibilités d'intégration grâce à ce mécanisme d'insertion souple qui permet de s'assurer de la bonne adéquation entre l'agent et son poste, avant titularisation prononcée à l'issue d'un contrat d'un an.

B) La simplification du déroulement de carrière

En cours de carrière, d'autres dispositions sont désormais accessibles à l'ensemble des effectifs désignés par la loi du 11 Février 2005. On citera ainsi une priorité en matière de mutation, de détachement et de mise à disposition, l'octroi d'un temps partiel de droit, ou encore des possibilités de retraite anticipée pour les fonctionnaires lourdement handicapés³².

Si l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés s'est imposée comme une obligation nationale qui devait être favorisée par la mise à disposition de nombreux outils statutaires, le Centre Hospitalier de Dax n'a pourtant pas encore défini de politique à destination de ces personnes.

2.3.2 L'absence d'une politique formalisée à destination des travailleurs handicapés n'empêche pas une certaine intégration de ces personnels

A) Une absence de politique d'intégration à l'égard des travailleurs handicapés

Porter un jugement sur la politique d'intégration des travailleurs handicapés du CH de Dax n'est pas chose facile et ce tout simplement parce que cette question est relativement éludée.

La gestion de l'inaptitude est simplement assimilée à une prise en charge des agents en difficulté déjà présents au sein de l'établissement, sans que celle-ci soit accompagnée d'une analyse des possibilités d'intégration de nouveaux travailleurs porteurs d'un handicap.

D'autant que la première tâche est à elle seule, et comme vient de le montrer l'analyse, loin d'être évidente. Tout se passe alors comme si les difficultés croissantes d'organisation des retours au travail neutralisaient toutes velléités de nouvelles embauches. Si les compétences qui pourraient être apportées par ces travailleurs ne sont pas niées, elles sont écrasées par la perspective des difficultés de gestion qui accompagneraient ces potentielles intégrations. Le handicap est perçu comme une charge, et non comme un atout potentiel. Plus prosaïquement, le Centre Hospitalier, tant au travers de son encadrement que de ses agents, se ressent comme déjà porteur de son propre lot d'inaptitudes, sans avoir encore à aller à en chercher ailleurs. Traduit de façon

³² Pour une présentation plus détaillée du système de retraite anticipée, voir p 77.

positive, on préfère un maintien au travail de qualité, qu'un combat désordonné sur tous les fronts, où des opérations d'insertion non suivies ne constitueraient que des actions de communication plus efficaces qu'éthiques.

Cette focalisation sur l'inaptitude d'origine professionnelle plutôt que sur l'intégration du handicap se retrouve en outre dans les modalités de décompte des travailleurs handicapés. Si les chiffres du bilan social 2005 précédemment étudiés sont tout à fait minorés, ils accordaient cependant une place considérable au décompte des agents plutôt en situation d'inaptitude que de handicap, puisque les personnels placés sur des postes aménagés étaient intégrés à ce recensement, alors même qu'ils n'appartiennent pas aux catégories de travailleurs handicapés définies par la loi du 11 février 2005.

Mais l'idée ici finalement défendue, selon laquelle une bonne gestion du handicap nécessite de se concentrer sur les opérations de maintien au travail, n'est pas a priori condamnable. Les personnels victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ayant entraîné une IPP supérieure à 10% et les agents reclassés pour inaptitude font partie intégrante des effectifs considérés comme handicapés, et ce au même titre que les agents reconnus comme handicapés par la COTOREP. Rien n'impose d'ailleurs à un établissement de veiller à un certain équilibre entre ces catégories.

Un seul critère doit pourtant être respecté, celui du quota de 6% associé à l'obligation d'emploi. Car si un établissement comme le CH Dax estime être en mesure d'éviter de nouveaux recrutements du fait de l'importance des opérations de maintien au travail, les chiffres doivent pouvoir le démontrer. Or, ceux présentés par le bilan social 2005, ne témoignent, comme déjà mentionné, que d'un contingent de 1,26%. La mise en œuvre d'un recensement plus exhaustif devenait alors indispensable, afin de distinguer l'imprécision statistique de la véritable insuffisance.

B) La mise en œuvre d'un nouveau recensement...

Ainsi justifié, ce nouveau recensement a été entrepris entre mai et juin 2006, à la fois dans le cadre global d'une démarche d'amélioration de la gestion des inaptitudes et dans celui plus spécifique de l'envoi d'une première déclaration au FIPHFP.

Certains enseignements purent d'abord être tirés d'une première tentative infructueuse menée il y a de cela une dizaine d'année. Une enquête de grande envergure avait été lancée auprès des personnels afin d'inciter les agents concernés par un handicap à se

déclarer. Menée par le bureau du personnel, celle-ci n'avait obtenu qu'un très faible taux de réponse, moins d'une dizaine d'agents ayant choisis de se signaler.

Puisqu'un niveau correct d'exhaustivité ne semblait pouvoir être obtenu par ce biais unique, il a alors été décidé de confronter les sources d'information en exploitant également certaines données présentes à la DRH ou obtenues via la CNRACL.

L'enquête à direction des personnels fut la première lancée, envoyée aux agents via une feuille d'information accompagnant le bulletin de salaire du mois d'avril, et rédigée de façon à mettre en évidence l'aspect confidentiel et essentiel de cette déclaration³³.

Les agents ont alors bénéficié d'un mois pour se signaler auprès de la médecine du travail, la valeur des réponses étant garantie par l'envoi simultané d'une pièce justificative.

C) ...pour un résultat inattendu

Au total, une cinquantaine de réponses sont arrivées à la médecine du travail. Certaines, imprécises, ont du être recoupées avec les deux sources d'information complémentaires que nous avons choisi.

50 personnes ont ainsi pu être identifiées comme bénéficiaires de l'obligation d'emploi :

- 22 au titre de la COTOREP,
- 4 suite à un reclassement pour inaptitude
- 20 en tant que bénéficiaires d'une allocation temporaire d'invalidité
- 3 en tant que titulaires d'une carte d'invalidité
- 1 en tant que veuve de guerre.

Ceci représente un taux d'emploi de 3,01 % soit plus du double de celui obtenu en prenant en compte les chiffres du bilan social 2005 (1, 26%), mais à peine la moitié de l'obligation légale des 6%, qui pour 1661 agents travaillant au 1^{er} janvier 2005 dans l'établissement, nécessiterait la présence de 99 travailleurs handicapés.

On remarquera cependant que les agents inaptés ne constituent pas la majeure partie de ces effectifs. Contrairement à ce que l'absence de politique à l'égard des travailleurs handicapés pouvait laisser penser, une certaine intégration semble s'opérer de fait.

³³ Le document envoyé aux agents est présenté dans l'annexe 1.

Si le recrutement de travailleurs handicapés ne fait pas l'objet d'une procédure particulière, leur présence est pourtant bien effective puisque 44% des effectifs des bénéficiaires de l'obligation d'emploi sont composés par des agents reconnus par la COTOREP contre à peine 8% pour la moyenne nationale des établissements hospitaliers.

A embauche effective, ne correspond pourtant pas toujours intégration véritable, ou tout du moins immédiate. Et ce parce que 60% des agents reconnus COTOREP présents dans l'établissement sont en contrat de droit privé, type Contrat Emploi Consolidé ou Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi. Bien que l'établissement ait choisi de privilégier les mises en stage à l'issue de ces contrats, l'insertion durable et effective de ces personnels, sans être tout à fait compromise, en est néanmoins retardée.

Au demeurant, la présence de ces personnels, encore méconnue jusqu'il y a peu, montre que cette intégration est bien plus naturelle qu'on ne pourrait le penser. La gestion qui lui est associée serait alors bien moins lourde, ouvrant alors la possibilité à de nouveaux recrutements. Moins qu'une charge, l'insertion de travailleurs handicapés, pourrait alors constituer un atout pour le Centre Hospitalier de Dax, au moins afin de respecter le quota associé au principe d'obligation d'emploi, sinon dans une perspective d'optimisation du système de gestion des inaptitudes.

Aussi nombreuses et innovantes que soient les initiatives qui la portent, la gestion des inaptitudes tant dans son volet préventif que correctif demeure donc à parfaire. Il s'agira alors de valoriser l'activité des dispositifs déjà en place et de les intégrer, afin de donner une nouvelle cohérence à la stratégie globale de gestion de l'inaptitude. Ceci nécessitera tant la mise en œuvre de mesures techniques, que des transformations plus profondes portées par un véritable engagement institutionnel.

3 SI L'OPTIMISATION DU SYSTEME DE GESTION DES INAPTITUDES VERS UNE COHERENCE ET UNE SYNERGIE ACCRUES NE NECESSITE PAS UNE REFONTE GLOBALE, ELLE IMPLIQUE TOUT AUTANT QU'UNE ADAPTATION TECHNIQUE DES MODES DE PRISE EN CHARGE, DES CHANGEMENTS PLUS PROFONDS IMPULSES PAR UN VERITABLE ENGAGEMENT INSTITUTIONNEL

3.1 Définir un projet d'amélioration des modes de gestion de l'inaptitude...

Si toute analyse n'appelle pas nécessairement à l'action, celle opérée dans le cadre de ce mémoire a trouvé une extension naturelle dans la mise en place puis l'accompagnement d'une démarche projet au sein du Centre Hospitalier de Dax. Malgré tout, quelques unes des orientations ici proposées demeurent de l'ordre du prospectif, puisqu'elles n'ont encore pu être mises en place.

Dès le mois de mai, un groupe projet officiellement en charge d'une démarche d'amélioration des modes de gestion de l'inaptitude a été mis en place. Composé par le Directeur des Soins, deux cadres du bureau du personnel respectivement chargés des questions d'inaptitude et d'amélioration des conditions de travail, le Directeur Qualité et Gestion des Risques, et moi-même, cette instance a d'abord choisi de définir une méthodologie associée à des principes d'action, puis un ensemble d'objectifs opérationnels.

3.1.1 La formulation d'un principe méthodologique préalable, la nécessité de conduire une démarche globale, participative, intégrant la problématique spécifique du handicap, et globalement supportée par une intervention extérieure

Un constat de départ, presque formulé comme une évidence, a permis de guider les travaux de ce groupe, celui, unanimement partagé, que le Centre Hospitalier de Dax n'avait pas besoin d'ériger un nouveau système de gestion de l'inaptitude. Depuis de

longues années, avec une nette accélération durant la dernière période, des actions isolées puis complémentaires ont en effet été mises en œuvre. Et le contraste entre la multiplicité de ces démarches et leur bilan mitigé, incitait alors à envisager, plutôt que la refonte complète de cette mécanique, une intégration effective de toutes les pièces qui la composent.

Cet objectif global impliquait alors la philosophie de cette démarche. Celle-ci serait globale, pluridisciplinaire, et participative. Afin de permettre à la gestion de l'inaptitude de gagner en cohérence et synergie, ce projet devait en effet réunir l'ensemble des acteurs travaillant sur ce thème et y insérer d'une façon ou d'une autre tous les agents concernés par ces prises en charge.

Mais pour bénéficier d'une vue suffisamment claire sur la globalité de cet imposant système et pour mieux en percevoir et combler les manques, une collaboration extérieure, apportant un regard neuf sur ces pratiques, semblait alors pertinente.

Et si la coordination autour d'un tel projet n'apparaissait pas évidente à favoriser, ses bases en étaient cependant déjà posées.

- A) Une coordination balbutiante des acteurs de la gestion des inaptitudes a d'ores et déjà permis d'amorcer un début d'intégration du système

Si nous avons dans le cadre de ce mémoire distingué un volet préventif et un volet correctif de la gestion de l'inaptitude, cette analyse, au moins jusqu'il y a quelques années, aurait pu sembler un tant soit peu erronée. Non que la partition entre la prévention et la correction ne soit pas effective, mais qu'au contraire ces deux items n'étaient pas reliés et réunis dans un vaste programme de prise en charge des restrictions d'aptitude.

Le projet social rédigé en 2001 devait cependant permettre un certain rapprochement entre prévention des risques professionnels et gestion des inaptitudes, en les intégrant au sein d'un projet structurant intitulé « médecine du travail, prévention des accidents du travail/maladies professionnelles et aptitude au travail ».

La mise en place parallèle de la commission des inaptitudes et de la commission d'analyse de l'arbre des causes, principaux dispositifs issus de cette démarche, ainsi que la participation au sein de ces deux entités, de la médecine du travail et des agents chargés de la prévention, ont su ensuite matérialiser cette convergence.

Si ces deux instances sont en effet bien distinctes, leur paternité commune auprès de la DRH ainsi que le parrainage attentif du CHSCT, permettent de nombreux échanges. Cette intégration s'opère en outre au travers des thèmes abordés. L'inaptitude et l'accident du travail sont en effet de plus en plus fréquemment induits par une seule et même problématique, celle de la manutention. La présence au sein de ces deux commissions de l'agent référent manutention permet alors d'adopter un discours homogène sur cette problématique et de faire de la formation une des pierres angulaires de ce système, touchant à la fois aux domaines préventif et correctif.

B) Le choix d'une démarche participative, pour conforter ces velléités coordinatrices

Pourtant, si les activités de ces deux commissions s'avèrent donc naturellement coordonnées, cette complémentarité ne s'affiche pas encore autour d'un objectif commun. Cette prise de conscience qui pourrait sembler accessoire tant que les actions escomptées sont effectivement mises en place, revêt pourtant une importance stratégique. Comme l'analyse a pu le montrer, la gestion de l'inaptitude est affaire collective. Tant sur son versant préventif que correctif, les protocoles ne peuvent être mis en place sans une appropriation collective de la démarche.

Inciter la fédération disparate d'acteurs que constitue l'hôpital à faire sienne cette entreprise, ne pourra simplement se faire sur la base d'opérations de communication, aussi efficaces fussent-elles. Seule une démarche participative permettra de donner une réelle matérialité à ce qui ne peut rester sans crainte de se dissoudre qu'un simple état d'esprit. La suite à donner à la gestion des inaptitudes devra donc s'envisager sur un mode collectif.

A cet effet, la composition du groupe de pilotage, instauré afin de valider ou de réorienter les propositions du groupe projet, a été conçue de façon relativement large. Ainsi, les directions fonctionnelles déjà représentées au sein du groupe projet (Qualité, Soins, Ressources Humaines), sont rejointes par les services techniques, les unités logistiques (blanchisserie, restauration), la cellule formation, et les représentants des cinq syndicats siégeant au CHSCT.

La recherche d'une certaine concertation autour de ce projet s'effectuera également via les instances représentatives. Le président et le secrétaire du CHSCT ont souhaité que celui-ci émette un avis sur ce projet dès la fin juin, en amont d'une demande de subvention auprès du Fonds National de Prévention des Accidents du travail et des

Maladies Professionnelles³⁴. A l'unanimité un avis favorable a été exprimé. Avant le mois de janvier 2007, le plan d'actions définitif lui sera à nouveau soumis, tandis qu'une information régulière sera effectuée en CTE ainsi qu'en réunion cadres.

La CME constituera également un vecteur privilégié de communication. Car si le comité de pilotage ne comprend pas d'autre présence médicale que celle de la médecine du travail, le corps médical jouera un rôle important dans la diffusion de cette démarche. Au-delà de mesures techniques d'amélioration de la prise en charge de l'inaptitude, celle-ci impliquera en effet des changements plus profonds qui devront être portés par un véritable engagement institutionnel.

Et ici, ce n'est plus simplement d'une implication du corps directorial administratif ou soignant dont il faudra s'assurer. L'association des médecins aux choix de gestion et au pilotage de l'établissement à travers la mise en place de la nouvelle gouvernance implique en effet la nécessité de s'assurer de leur collaboration sinon de leur caution. D'autant qu'au-delà d'un soutien apporté aux dimensions les plus stratégiques de ce projet, certaines actions correctrices les concerneront directement, ainsi la refonte du processus d'attribution des postes aménagés qui pourrait engendrer une certaine mobilité des soignants de leurs équipes, ou encore l'intégration de travailleurs handicapés si elle venait à constituer un des éléments du volet contractualisation interne des projets de pôles.

- C) Suggérer une nouvelle conception du handicap : plutôt qu'une charge, l'intégration de nouveaux travailleurs handicapés peut constituer un atout pour une meilleure gestion des inaptitudes

Les difficultés éprouvées par le Centre Hospitalier de Dax, réelles ou simplement ressenties, dans sa prise en charge des personnels inaptes, rendent délicates une proposition visant à intégrer de nouveaux travailleurs handicapés. Si l'on considère ceux-ci comme porteurs d'une charge supplémentaire de gestion, il est en effet difficile de plaider pour le recrutement d'agents supplémentaires.

Pourtant, il n'est pas illusoire de considérer que ces nouvelles intégrations, loin de constituer une ultime source d'embarras, pourraient représenter d'efficaces outils au service d'une meilleure gestion des inaptitudes.

Si le Centre Hospitalier mène une politique affichée d'embauche de travailleurs handicapés, celle-ci pourrait d'abord amener les agents en place, non encore recensés, à

³⁴ Pour la présentation du mode de financement de la démarche voir p.66.

se déclarer. L'incitation serait en effet maximale, puisque ce statut spécifique devient préférentiel.

D'autant que pour les agents, non reconnus comme bénéficiaires de l'obligation d'emploi, mais cependant placés sur des postes aménagés, celui-ci permettrait de conforter la nécessité d'allègements. Si l'avis du médecin du travail n'est pas toujours contesté, il peut en effet parfois, sans raison objective, être soumis à caution. L'attribution d'une reconnaissance spécifique par une commission reconnue, telle que la CDAPH, pourrait alors lui donner plus de crédit.

Bien sûr, l'octroi d'une telle désignation n'est pas envisageable pour tous les agents placés sur des postes aménagés. Il faudra alors être particulièrement attentif à ne pas créer un fossé entre ceux qui seraient considérés comme les « vrais inaptés » opposés à de simples usurpateurs.

L'intégration de nouveaux travailleurs handicapés pourrait encore ici permettre d'éviter une telle situation, en changeant de manière globale l'image de la personne affaiblie, de quelle catégorie qu'elle soit. En montrant qu'un handicap peut ne pas empêcher d'exercer une activité professionnelle de façon tout à fait performante, on éloignera également l'inaptitude de l'incapacité.

Les travailleurs handicapés pris en charge par des centres de reclassement ou des structures associatives, ont en effet généralement eu l'opportunité de longuement structurer un projet professionnel, et d'entreprendre de considérables démarches de formation débouchant sur l'acquisition véritable de nouvelles compétences.

Si les intégrations réussies de travailleurs handicapés témoigneront de fait de ce potentiel d'efficience, plusieurs mesures visant à préparer leur accueil devront être engagées. Le changement de regard sur le handicap devra être suggéré, et impulsé par l'encadrement, tant administratif, que soignant ou médical, et témoigner d'un véritable choix institutionnel. Sans celui-ci, on ne peut escompter que peu de résultats. Faire de l'intégration des travailleurs handicapés un outil de la gestion des inaptitudes nécessite un bouleversement complet de paradigme, qui ne saurait s'opérer sans une prise de conscience et une implication sans faille au plus haut niveau, en particulier dans les cas où ces processus d'intégration rencontreraient certaines résistances.

D'autant que cette conciliation entre inaptitude et performance représente aujourd'hui un enjeu managérial fort, dans un contexte capté par une exigence d'efficacité économique au travers de la mise en place de la tarification à l'activité. Montrer que le maintien au travail et l'intégration du handicap à l'hôpital ne vont pas forcément à rebours d'une logique d'optimisation des moyens n'y est plus que jamais pas a priori évident.

On peut pourtant s'y essayer, notamment en mettant en valeur une vision large de la performance. Si celle-ci revêt bien sûr une dimension économique d'ailleurs déjà compatible avec celle de handicap, elle n'en contient pas moins une exigence de qualité des soins accordés au patient. Et favoriser l'intégration de compétences et de profils plus divers au travers de celle de travailleurs handicapés permettrait de conférer une nouvelle richesse au service rendu, confirmant encore l'opportunité de telles opérations d'insertion, non simplement pour la gestion des inaptitudes, mais pour le Centre Hospitalier lui-même.

D) Le choix d'une intervention extérieure, un adjuvant plutôt qu'un *deus ex machina*

Même si cette injonction peut sembler contraire à la philosophie participative de la démarche, l'amélioration du dispositif de gestion des inaptitudes du Centre Hospitalier pourrait passer par une intervention extérieure.

Conduite par un cabinet de consultants spécialisés en ergonomie - définie comme une discipline recherchant une meilleure adaptation entre une fonction, un matériel et son utilisateur -, celle-ci permet en théorie d'apporter un regard vierge sur un certain nombre de dispositifs et de repérer les zones où une organisation efficiente fait encore défaut.

Une telle méthode apparaissant d'autant plus appropriée dans le cas du Centre Hospitalier de Dax, que le dispositif de gestion des inaptitudes semble aujourd'hui traverser un période charnière. L'ensemble des actions prévues sur ce thème par le projet social 2002-2007 a bien été mis en place, de nombreux protocoles et dispositifs tant de formation que de correction sont d'ores et déjà actifs, tandis qu'un semblant de coordination s'amorce.

Face à la médiocrité des résultats pourtant obtenus, les nombreux acteurs de ce système apparaissent démunis, un certain risque de démobilitation pouvant alors être décelé. L'idée d'une intervention externe permettant d'insuffler un nouveau souffle à cette vaste entreprise et d'ainsi échapper à un destin Sisyphe, semble être relativement bien accueillie par les acteurs internes, d'abord interrogés de façon informelle sur le sujet. Si la crainte d'une certaine désappropriation peut émerger, elle est bien vite supplantée par les perspectives que pourrait offrir cette collaboration.

Car c'est bien sur un mode coopératif qu'est envisagée cette intervention par les acteurs de l'établissement, supprimant ainsi tout risque d'incohérence avec l'injonction participative.

Conçue comme un support à l'action, l'achat d'une telle prestation ne saurait donc constituer une finalité. L'activité de tout intervenant extérieur n'aura de sens qu'en regard

de celle des dispositifs déjà existants, en apportant une nouvelle expertise à ces travaux et en enrichissant les propositions.

Les consultants choisis ne seront d'ailleurs pas directement concernés par l'ensemble des pans de ce projet, certaines opérations pouvant être ainsi antérieures ou tout à fait postérieures à leur venue.

Leur action sera scindée en quatre grandes étapes : la réalisation d'un audit du système de gestion des inaptitudes, la rédaction d'un plan d'actions en collaboration avec les groupes projet et pilotage, la réalisation du plan précité et enfin son évaluation.

La rédaction du Cahier des Clauses Techniques Particulières³⁵ dans le cadre du passage d'un marché public à procédure adaptée, dont la notification sera opérée au début du mois d'octobre, a permis une description détaillée tant du contenu de ces différentes phases, que des exigences calendaires ou méthodiques.

Une fois définie la méthodologie associée à ce projet, restait encore à en définir précisément les objectifs. Car si celui, d'ordre général, vise à une amélioration de la gestion de l'inaptitude grâce une synergie accrue pour l'ensemble du système, ses déclinaisons opérationnelles demandent à être clairement exposées. La définition de celles-ci a alors été orienté par le financement associé à cette démarche.

E) Un financement spécifique

L'objectif général assigné au groupe projet a été dès le départ assorti d'une recommandation en forme d'obligation, celle de considérer les possibilités de financement externes, afin de limiter voire d'annuler les coûts directs de cette démarche. Ce n'est d'ailleurs que quand l'éventualité d'une subvention s'est précisée, que l'idée d'une prestation servie par des consultants a été avancée.

Alors que depuis 1982 les antennes régionales de l'Association Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail apportent un soutien méthodologique et financier aux entreprises privées, la fonction publique hospitalière ne bénéficiait pas jusqu'il y a peu de telles possibilités. La création récente du Fonds National de Prévention des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelle par la loi du 17 juillet 2001 puis celle du FIPHFP avec le décret du 3 mai 2006 ont permis de pallier à ce manque. S'il s'est rapidement avéré que le programme d'aide de la deuxième structure ne serait pas

³⁵ Le CCTP est présenté en annexe 2 du présent document.

opérationnel avant le 1^{er} semestre 2007, celle gérée par la CNRACL, pouvait être pourvoyeuse de financements intéressants.

Une collaboration avec le Fonds National de Prévention représente en effet une opportunité financière considérable pour la politique de santé et de sécurité au travail d'un établissement. En présentant un dossier conforme tant aux exigences thématiques précitées qu'à certaines considérations méthodologiques, le CH Dax devenait susceptible de recevoir une aide allant jusqu'à 100 000 euros, à concurrence de 50% du coût total du projet, ici officiellement appelé « Démarche Locale de Progrès » ou DLP³⁶.

Ni le choix des thèmes d'actions ni la méthodologie imposée par ce financeur ne semblait devoir s'avérer problématiques. Le premier permettait d'inscrire les actions envisagées au sein de deux des thématiques proposées, « la manutention » et « le maintien au travail après AT/MP ». La seconde procédait d'une démarche projet classique, déjà mise en œuvre par le groupe projet et le comité de pilotage, impliquant un auto diagnostic, la réalisation collective d'un plan d'actions et une attention particulière accordée à l'évaluation.

Le suivi de la DLP constitue en effet une étape importante de ce projet. Il doit permettre de favoriser l'amorce d'un processus d'amélioration continue de la sécurité au travail, se poursuivant au-delà de la période de collaboration avec le Fonds National de Prévention. Cette évaluation sera coordonnée par le comité de pilotage. Une réunion a minima trimestrielle jusqu'à fin 2007, puis semestrielle en 2008 et 2009, permettra dès l'amorce de la réalisation de la DLP, le suivi des indicateurs sélectionnés lors de la rédaction du plan d'actions. Le groupe projet aura en charge de la réalisation matérielle de ces tableaux de bord.

Un ensemble exhaustif d'indicateurs regroupé au sein de cinq tableaux de bord thématiques a d'ores et déjà été présélectionné par le groupe projet et le comité de pilotage³⁷. Le choix définitif de ceux qui permettront d'assurer le suivi de la DLP sera effectué lors de la rédaction du plan d'actions, en collaboration avec le cabinet de consultants plébiscité.

Si le choix d'un tel financement oriente singulièrement la démarche, le choix des objectifs opérationnels reste cependant déterminant.

³⁶ Pour une présentation du budget de la DLP, voir annexe 3

³⁷ Pour une présentation de ces critères et indicateurs de suivi, voir annexe 4.

3.1.2 La définition des objectifs opérationnels

La définition des objectifs opérationnels s'est opérée en toute logique aux regards des manquements spécifiques du système de gestion de l'inaptitude déjà en place. Deux types d'orientations ont alors été dégagées, certaines à teneur organisationnelle, d'autres plus thématiques. Les premières concernent essentiellement des opérations de liaison entre les dispositifs insuffisamment coordonnés, les secondes des problématiques spécifiques non encore prises en charge. Toutes ont ensuite été classiquement réparties en un volet préventif recouvrant uniquement la première thématique dégagée dans le cadre de la démarche locale de progrès, celle de la manutention, puis un volet correctif, traitant du second thème, celui du maintien au travail.

A) Un volet prévention centré sur la manutention

a) *Recenser les agents déjà formés, analyser et corriger les pratiques*

La prévention de l'inaptitude d'origine professionnelle ne se limite pas à celle des accidents de manutention ou des affections liées à des TMS. Pourtant, l'étude des données santé et sécurité au travail dacquoises a bien démontré leur caractère premier dans ce contexte local, et leur résistance accrue à toutes opérations visant à les éradiquer.

Les orientations fixées par le financeur aidant, le groupe projet et le comité de pilotage ont alors choisi de limiter le champ des actions préventives à celui de la manutention.

Le choix des objectifs thématiques a ensuite été guidé par l'expérience de l'agent responsable des formations manutention, par l'étude des cas examinés dans le cadre de la commission des inaptitudes et de celle de l'arbre des causes, ainsi que par le ressenti des cadres soignants et techniques.

Rapidement, l'idée d'une action mise en oeuvre via de la formation classique, en salle, est écartée. Tant les cadres soignants, que les Directions des Ressources Humaines et de la Qualité estiment que celle-ci est déjà bien assurée, un large panel de sessions permettant de progressivement répondre aux besoins de chacun. Néanmoins, l'analyse des accidents du travail par l'arbre des causes, démontre que certaines victimes n'ont pas suivi de formation manutention.

Deux objectifs parallèles sont alors énoncés. L'un de nature organisationnelle, avec la mise en œuvre d'un recensement général au sein de l'établissement des agents ayant suivi une formation manutention. L'autre d'orientation plus thématique et pris en charge par les consultants choisis, avec la mise en place de suivis de terrain sous forme d'interventions auprès des agents, sur leurs postes de travail, afin d'analyser et de comprendre l'ensemble des éléments en jeu dans les problématiques manutention, pour ensuite corriger les pratiques en ce domaine. Ce deuxième objectif est particulièrement soutenu par l'encadrement, très attaché aux opérations de ce type déjà menées au sein de l'établissement.

L'agent formateur interne ayant répété à plusieurs reprises ses difficultés à assurer une telle prestation faute de temps, l'idée d'une intervention extérieure sur ce point spécifique apparaissait alors tout à fait incontournable. D'autant que celle-ci s'accorde bien avec la philosophie de ce projet, puisque tout comme celle-ci la méthode d'ergonomie développée au travers de ces suivis de terrains peut être dite participative, au tout du moins partiellement. Sans être en effet totalement autonomes comme c'est le cas dans une pure démarche participative, les agents sont partie prenante du diagnostic ergonomique puis de la transformation de leur propre situation de travail. L'accompagnement des consultants leur permet de révéler par l'observation du travail la présence de facteurs de risque et d'en comprendre les déterminants.

Cette participation effective de l'agent à cette analyse est cependant subordonnée à la possession d'un minimum de connaissances en ergonomie, l'apport constitué par le module de base de la formation manutention devant alors être amplement suffisant.

b) Envisager les alternatives possibles

Une alternative à ces suivis de terrain a cependant été envisagée. En effet, cet objectif de réduction des TMS via une meilleure appréhension des facteurs de risque pourrait également être atteint grâce à la formation d'agents référents au sein de chaque service.

Cette méthode, notamment utilisée aux Pays-Bas, où l'on parle d' « ergo coachs », y a donné des résultats probants. Après 17 heures de formation spécifique, ces agents sont chargés, non de résoudre les problèmes de manutention existant dans leur service, mais d'aider leurs collègues à le faire. Leur action porte alors aussi bien sur la prévention des TMS, que sur la réduction de l'exposition à des charges de travail physique excessives, ou sur l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Cette démarche a eu un tel impact - diminution notable des fréquences de douleur au dos, évolution à la baisse des absences maladies -, qu'elle est devenue obligatoire en 2001. Tout autant que

ces résultats, la pérennité de ce dispositif, qui permet une inscription dans une démarche d'amélioration continue de la sécurité au travail a fortement interpellé le groupe projet.

Bien que celui-ci ait opté pour la mise en œuvre des suivis de terrain parce qu'impliquant une phase préparatoire moindre, il serait cependant possible de considérer ceux-ci comme un préalable nécessaire à la formation de personnes ressources. La définition précise pour chaque service des risques manutention lors des interventions terrain de la première phase, pourrait en effet servir de base à la formation d'agents référents, tandis que la mise en œuvre des actions correctrices consécutives à ces suivis, constituerait une occasion de repérer les futurs référents parmi agents les plus impliqués.

c) *Harmoniser les discours des formateurs manutention officiel ou de fait*

Un ultime objectif, cette fois-ci de coordination a été assigné au volet préventif de ce projet et plus précisément aux formateurs officiels et officieux en matière de manutention. S'il n'existe en effet sur l'hôpital qu'un seul agent référent en manutention, les kinésithérapeutes, font souvent office de personnes ressources. Les aides-soignantes les sollicitent ainsi fréquemment sur des questions pratiques notamment liées à la manutention des patients en rééducation. En effet, les efforts effectués en salle de kinésithérapie doivent être relayés par une sollicitation appropriée du malade dans sa vie quotidienne. Ainsi un patient en pleine ré appropriation de ses moyens sera moins aidé lors des transferts et déplacements. Il s'agit donc ici d'adapter les techniques de manutention aux besoins de la rééducation.

Mais afin de ne pas produire un double discours, ou de complexifier inutilement les explications prodiguées aux agents, la mise en place d'un dispositif de coordination, même ponctuel, s'impose.

B) Un volet correction organisé autour du maintien au travail après AT/MP et de l'intégration de travailleurs handicapés

a) *Favoriser l'accompagnement lors des opérations de maintien et de retour au travail*

L'analyse a montré que les opérations de maintien au travail pouvaient être compromises aussi bien par la faiblesse relative des opportunités d'action que par leurs modalités de mise en oeuvre. Les objectifs choisis viseront alors à améliorer tant l'applicabilité potentielle de ces processus que leurs modes de réalisation.

Identifier les postes réellement aménagés

Puisqu'il a été constaté que l'attribution des postes aménagés souffrait d'un défaut de cohérence, le groupe projet a choisi de continuer la réflexion amorcée autour de celle-ci. L'objectif est celui d'une connaissance plus fine du nombre de postes aménagés où une rotation peut être effective. Ceux sur lesquels les agents ne sont pas susceptibles d'être déplacés devant être identifiés.

Les modalités de ré-attribution des postes aménagés devront également être étudiées, la coexistence entre un nouvel ensemble de règles précises et un ancien système moins encadré ayant entraîné de nombreux effets pervers.

Rechercher de nouvelles possibilités d'aménagement de postes ou de reclassement

Une fois identifié le volant de postes aménagés sur lequel peut réellement jouer l'établissement, les consultants choisis mèneront un nouveau travail d'investigation, afin de suggérer d'autres possibilités de placement, pour les agents de retour au travail après accident ou maladie ayant entraîné une restriction d'aptitude.

Ce travail de recensement et d'analyse qui pourrait constituer un apport décisif d'idées nouvelles et de propositions innovantes mais applicables, constitue une attente forte des groupes projet et pilotage. L'ensemble des acteurs concernés évoque en effet une certaine impuissance à imaginer de nouvelles trajectoires pour certains des agents en difficulté au sein de l'établissement. Tout se passe comme si chaque alternative envisageable avait déjà été étudiée et n'offrait au final que bien peu de réponses. L'apport d'une compétence technique permettrait alors de sortir, de ce qui est maintenant considéré comme une impasse.

L'ensemble de ces propositions ne saurait cependant être effectué par l'ergonome sans une collaboration des acteurs internes tant soignants que médicaux. D'abord parce qu'ils sont seuls connaisseurs des contraintes propres à certains services, qu'elles soient techniques ou sociales avec notamment la prise en compte du climat propre à chaque unité, et ensuite parce que ce travail de recherche aura pour les participants à ce projet une visée pédagogique, leur permettant d'acquérir des clefs techniques et méthodologiques nécessaires à la recherche de nouvelles solutions de placement.

Personnaliser le suivi

L'objectif de personnalisation des opérations d'accompagnement vers le retour au travail offre aux intervenants extérieurs un rôle central. Pendant toute leur période de présence, ce sont eux qui coordonneront pour chaque agent concerné l'ensemble des actions de

réinsertion professionnelle. Si la commission des inaptitudes tente déjà de fédérer diverses initiatives, il demeure difficile d'instaurer un suivi complet et continu, alors que dans certaines situations particulières tout semble déjà avoir été tenté, sans succès. Pourtant, l'expérience démontre que cette solution peut être fructueuse, puisque une aide soignante, ayant bénéficié d'un encadrement à la fois technique (formation manutention, suivi de terrain personnalisé), médico-psychologique (école du dos), et administratif (rencontre et suivi par les cadres soignants et la direction du personnel), est passée en douze mois d'une inaptitude totale à tout poste à une aptitude sans réserve ni restriction d'aucune sorte.

Formaliser un protocole d'accompagnement avec la recherche d'une plus grande coordination entre les différents intervenants

Dans un souci de rationalisation, il serait également souhaitable de guider l'activité naissante de la commission des inaptitudes, en mettant peu à peu en place un protocole d'accompagnement des retours au travail. Forts des expériences de suivi réalisées en collaboration avec le consultant choisi, les acteurs internes pourront participer à la rédaction d'un protocole de réintégration des agents après accident ou maladie ayant entraîné l'expression d'une inaptitude. On notera bien ici que cet accompagnement concerne toutes les suites de maladie ou d'accident, et non simplement ceux liés à l'exercice professionnel. Cependant, seules les situations complexes seront concernées, les retours au travail accompagnés de restrictions d'aptitude inexistantes ou minimales ne nécessitant pas ce type de prise en charge.

Cet exercice de formalisation devra tenir compte de la nécessité d'une certaine coordination dans la mise en œuvre des processus de maintien au travail.

Si l'existence même de ce projet et l'implication au sein de celui-ci de tous les acteurs concernés par la gestion des inaptitudes, donne déjà une réalité à cette intégration, des actions plus ponctuelles peuvent y contribuer.

Celles-ci concernent essentiellement le positionnement et l'insertion de la médecine du travail au sein du dispositif de gestion de l'inaptitude.

Les nombreux échanges avec les différents acteurs de ce système ont parfois permis de déceler une relative incompréhension entre la médecine du travail, la DRH et les différents services.

L'analyse a ainsi montré, que lors de la déclaration d'une restriction d'aptitude, l'encadrement du service de l'agent concerné se retrouve parfois esseulé face aux modifications organisationnelles qu'impliquent les réserves énoncées par le médecin du travail. Sans que le bien fondé de ces restrictions ne soient mise en cause, celles-ci sont perçues comme émises ad hoc, sans considération des problématiques de terrain, et de

ceux qui y évoluent. Le retrait relatif de la DRH, qui ne fait que transmettre au service les conclusions de la médecine du travail accentue encore cette partition.

Une gestion coordonnée de ces reconnaissances d'inaptitude pourrait être ainsi organisée entre la médecine du travail, la Direction du Personnel et le service de l'agent concerné, et ce immédiatement après la rédaction du certificat d'aptitude. L'encadrement de l'unité d'accueil (service ou futur pôle) aurait ainsi la possibilité d'exprimer les difficultés potentielles d'aménagement de poste et bénéficierait de l'expertise du médecin du travail ou éventuellement d'un agent référent.

En raison de la proximité de cette composition avec celle de la commission des inaptitudes, ces échanges pourraient être effectués dans le cadre de cette instance. Ceci permettrait en tout état de cause d'éviter une multiplication inutile des groupes de travail et une complexification du système de gestion de l'inaptitude tout en confortant la légitimité de la commission des inaptitudes.

b) Répondre à l'obligation d'emploi et envisager l'intégration de travailleurs handicapés

S'il a été démontré que l'intégration de travailleurs handicapés peut constituer un atout au service de la gestion des inaptitudes, celle-ci ne saurait être opérée sans une connaissance affinée des effectifs déjà présents au sein de l'établissement.

Affiner le recensement

L'exhaustivité du recensement effectué durant le mois de juin semble en effet assez loin d'être totale. Dans le cadre de la promotion de l'enquête lancée auprès des personnels, plusieurs cadres ou représentants d'organisations syndicales, ont insisté sur les réticences à la déclaration, toujours bien présentes chez certains agents ou dans certains secteurs. Il est cependant difficile d'imaginer combien d'agents ont alors préféré rester dans l'ombre ou combien n'ont jamais effectué de démarche de reconnaissance, et ce même si leur état le leur permettrait théoriquement.

Le choix de non déclaration ne peut cependant pas concerner toutes les catégories intéressées par l'obligation d'emploi, puisque le nombre de bénéficiaire de certains dispositifs, notamment celui des allocations temporaires d'invalidité, est connu et suivi à la fois par la CNRACL et le bureau du personnel.

Pourtant, une dernière frange de travailleurs demeure inatteignable. Si la première enquête avait insisté sur l'intérêt collectif de ces signalements, un ultime recensement, pourrait mettre en valeur une plus value individuelle à la déclaration, que ce soit grâce à certaines évolutions législatives ou à la mise en place de mesures propres à l'établissement.

Atteindre le quota associé au principe de l'obligation d'emploi, la nécessité mathématique de nouvelles embauches

Le Centre Hospitalier de Dax a dénombré en juin 2006 50 agents handicapés, pour un effectif théorique qui devrait être égal à 99.

Une nouvelle opération de recensement, associée à un encouragement fort à la déclaration pourrait encore permettre d'augmenter quelque peu ces effectifs. Malgré tout, il est peu probable que l'application de cette mesure seule, s'avère suffisante.

Celle-ci pourrait alors être accompagnée d'une augmentation des charges déductibles à la déclaration FIPHFP. Ces dépenses demeurent encore relativement faibles, mais elles ne pourront en tous les cas permettre qu'une minoration maximale de 50% du montant total de l'amende exigible. S'il est donc utile de lancer une plus vaste réflexion sur les travaux qui pourraient être confiés à des CAT ou de mener une étude sur les investissements réalisables afin de maintenir dans l'emploi des personnes handicapées, la probabilité de satisfaire totalement à l'obligation d'emploi est faible.

L'embauche de travailleurs handicapés devra donc en tout état de cause être envisagée. A moins bien sûr de payer l'amende exigible, une option souvent préférée dans le secteur privé.

La détermination précise de principes méthodologiques guidant l'action et leur déclinaison au travers d'objectifs opérationnels ont permis de penser la mise en œuvre d'une démarche d'optimisation de la gestion des inaptitudes. La définition des actions correctrices, dont la réalisation matérialisera les principes dégagés lors de la première phase, a ensuite été engagée par le groupe projet. Deux catégories d'opérations ont alors été distinguées. Les premières, constituent des adaptations d'ordre technique, qui pourront être rapidement réalisées, tandis que la mise en œuvre des secondes mesures devra également être dès à présent amorcée mais pour s'inscrire dans une temporalité allongée. Celles-ci impliquent en effet des changements plus profonds, nécessitant au moins dans leur phase d'engagement, un engagement institutionnel sans faille.

3.2 ...et amorcer sa mise en œuvre

3.2.1 L'adaptation des techniques de prise en charge

L'optimisation de la gestion des inaptitudes implique d'abord la mise en œuvre de mesures d'ordre technique visant à une meilleure coordination des dispositifs déjà en place, ainsi qu'une individualisation et une protocolisation des modes de prise en charge.

Certaines constituent des préalables à la réalisation de la DLP, tandis que d'autres pourront être réalisées au cours de celle-ci, et d'autres enfin en parallèle.

A) La conduite des actions préparatoires à la Démarche Locale de Progrès

Parmi les objectifs définis par le groupe projet et le comité de pilotage, certains, conçus comme des pré requis à la Démarche Locale de Progrès, devaient être réalisés avant l'amorce effective de celle-ci. La phase préparatoire engagée depuis le mois de juin 2006 s'achèvera au mois de septembre avec la présentation du dossier de candidature du Centre Hospitalier devant le conseil d'administration du fonds. En cas d'acceptation de celui-ci, la DLP serait alors effectivement engagée, mais la réalisation du plan d'actions ne débiterait qu'en janvier, laissant encore quelques mois afin de mettre en œuvre ces opérations préliminaires.

a) *Le rapprochement entre les formateurs manutention officiel et de fait*

Le rapprochement entre l'agent formateur manutention et les kinésithérapeutes du Centre Hospitalier est engagé depuis la fin du mois de juin 2006. Une première rencontre a permis d'étudier ensemble les problématiques manutention que rencontrent les kinésithérapeutes dans leur exercice quotidien, et les demandes auxquelles ils sont confrontés de la part d'agents qui profitent de leur présence dans un service pour en faire de fait des agents référents manutention. L'examen de ces requêtes a alors surtout permis de poser les bases d'un langage commun et d'une méthode partagée d'analyse et de réponse. Cette harmonisation apparaissant comme un préalable essentiel à l'intégration de consultants extérieurs, qui devront eux aussi tenir compte de ce parler local dans leur diagnostic.

Cette coordination a également subi une forte accélération lors des derniers mois grâce à la mise en place d'un protocole manutention spécifique et détaillé pour toutes les opérations quotidiennes de transfert, sur une patiente posant certaines difficultés. Cette initiative portée par une équipe pluridisciplinaire regroupant l'agent formateur manutention, les kinésithérapeutes associés au service concerné, l'encadrement de celui-ci, et l'ensemble de son corps médical et soignant, a permis d'aller au-delà de l'étape préalable de mise en cohérence des discours, en mettant en œuvre une réflexion commune débouchant sur la proposition de solutions concertées. Suivant cet exemple, et selon les besoins, d'autres protocoles manutention spécifiques pourront être mis en place afin de permettre tant une réduction des risques de TMS pour les soignants qu'une amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge pour le patient.

b) *Le recensement des besoins formation*

Pour des raisons d'opportunité, ce dénombrement qui aurait dû être effectué lors de la procédure de notation entre juillet et septembre 2006, n'a encore pu être réalisé. L'entretien annuel d'évaluation constituant un moment privilégié d'échange pour tous les personnels de l'établissement, la réponse à un questionnaire simple, distribué auprès de l'encadrement et rempli à cette occasion, aurait du permettre une connaissance précise des effectifs formés. La réalisation de cet objectif a pourtant été victime d'un contretemps fortuit, du à l'informatisation de la procédure de notation. Ce changement majeur, bouleversant les pratiques en vigueur depuis des décennies, a en effet été jugé trop lourd, pour qu'un autre projet vienne le parasiter. Malgré tout, d'autres circonstances favorables à la tenue de ce recensement, se sont naturellement dessinées.

Plutôt que d'ajourner cette enquête jusqu'à la prochaine procédure de notation, ou de la réaliser dans l'urgence avant l'arrivée du cabinet de consultants, celle-ci pourrait être effectuée lors de la réalisation même du volet prévention du plan d'actions. Chacun des services concernés par les suivis de terrain devront en effet effectuer un certain nombre de travaux préparatoires. Puisque l'analyse a notamment montré qu'il serait nécessaire de s'assurer d'un minimum de connaissances des problématiques manutention par les agents, le recensement des personnes déjà formées à ces pratiques pourrait s'effectuer dans ce cadre. Le questionnaire élaboré en collaboration avec l'agent formateur manutention, et transmis à cette occasion à l'encadrement, constituerait alors un préalable obligatoire à la mise en œuvre des suivis de terrain.

B) Les actions menées dans le cadre de la DLP

a) *Une prise en charge coordonnée des restrictions d'aptitude dès leur énoncé*

La prise en charge coordonnée des restrictions d'aptitude dès leur énoncé par le trinôme médecine du travail, DRH, service concerné, pourrait débuter, dès le début de l'année 2007, et ce comme envisagé dans le cadre de la commission des inaptitudes.

D'autant que sans être systématiques ou protocolisés, ces échanges sont souvent organisés de fait, notamment avec l'invitation aux travaux de la commission, des cadres concernés par des cas de retours au travail délicats. Cependant, ceci ne s'effectue que rarement en amont de l'apparition des problèmes de réinsertion, dès la reconnaissance de l'inaptitude.

La présence des consultants externes lors de la mise en place de ce nouveau processus, pourrait permettre de guider et d'encadrer cette concertation, afin que la coordination escomptée soit bel et bien effective.

On notera que la charge de travail reste cependant à évaluer, - notamment lors du déroulement de la DLP qui implique déjà fortement la commission -, et en cas d'un trop grand nombre de cas à traiter, ces rencontres pourraient être limitées aux aménagements s'annonçant les plus complexes à organiser, définis comme tels par le cadre concerné. Le déclenchement du processus s'effectuant alors à sa demande, dès réception de l'avis d'inaptitude dans le service. Cette procédure doit être conçue comme un recours possible pour l'encadrement dans les situations les plus délicates, et non comme l'ultime expression d'un formalisme et de velléités coopératives vides de sens. Son déclenchement demeurera donc optionnel.

Dans le cas où le cadre n'aurait pas sollicité cette possibilité, l'avis concerté de la médecine du travail et de la DRH pourra néanmoins, s'ils estiment qu'il en va de l'intérêt de l'agent et du service concerné, permettre sa mise en œuvre. Cette procédure dérogatoire, devrait s'avérer utile notamment lors des premiers mois de mise en place de ce système, afin d'inciter les cadres à y avoir recours.

Avant d'être mise en œuvre ou simplement explicitée, cette démarche devra être validée par la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins. La question du calendrier restant également ouverte, puisque en raison de l'importance des actions à mener, notamment dans le cadre de la DLP, celle-ci pourrait être repoussée de quelques mois. Cependant, la présence provisoire des consultants extérieurs, le non systématisme de ce processus qui en allège la charge de travail associée, ainsi que l'objectif général de coordination et de synergie de la gestion de l'inaptitude, plaident pour une mise en œuvre non différée.

b) Protocolisation des accompagnements mis en place lors des retours au travail

La prise en charge des restrictions d'aptitude dès leur énoncé constituera la première étape de l'exercice envisagé de protocolisation du suivi des retours au travail.

Mais les règles régissant les étapes suivantes de la réintégration ne seront élaborées au plus tôt qu'à la fin 2007, une fois une certaine expérience acquise grâce à la mise en œuvre tout au long de l'année de procédures d'accompagnement individualisées en collaboration avec les consultants ergonomes.

Ce corpus réglementaire devra permettre de coordonner et de systématiser les interventions jusque ici effectuées ad hoc par les intervenants impliqués dans les retours au travail. Ainsi les critères et les modalités de déclenchement de l'assistance proposée par chacun d'entre eux devront être définis.

Au-delà d'un accompagnement immédiat vers le retour au travail, un suivi à plus long terme pourra également être mis en place. A intervalle régulier, trois mois puis six mois après la réinsertion, et enfin une fois par an jusqu'à stabilisation de l'agent, l'un des intervenants ayant pris une part déterminante dans le processus de réinsertion, sera chargé de ces opérations de réassurance. Celles-ci permettront notamment de favoriser l'évaluation à moyen et long terme des activités de la commission.

C) Une action complémentaire qui pourra être menée parallèlement à la DLP, la définition d'un intérêt individuel à la déclaration pour les travailleurs handicapés

Le recensement des travailleurs handicapés établi au mois de juin a pâti d'une absence d'intérêt individuel à la déclaration. L'importance collective de celle-ci était bien mise en valeur avec l'exposé des sanctions financières encourues par le Centre Hospitalier, mais rien n'incitait personnellement les agents à divulguer ces informations.

Deux types d'intéressement ont alors été envisagés par le groupe projet. L'un concerne les possibilités de départ à la retraite, l'autre l'attribution des postes aménagés.

a) *Se déclarer pour bénéficier d'une retraite anticipée*

L'article 24 de la loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a abaissé de 60 à 55 ans l'âge minimal de départ en retraite sans risque de décote, pour les travailleurs handicapés présentant un taux d'invalidité au moins égal à 80%. Cette disposition d'abord uniquement applicable aux salariés des régimes général, agricole et à celui des artisans, a été élargie aux fonctionnaires handicapés par l'article 28.II.5° de la loi du 11 février 2005.

Si la publication d'un décret d'application a été empêché par de nombreux débats autour du principe d'une majoration de pension et de ses modalités, la loi n°2006-737 du 27 juin 2006 visant à accorder une majoration de pension de retraite aux fonctionnaires handicapés relance dans son article unique ce dispositif, en impulsant un rééquilibrage entre les dispositions applicables au secteur public et à la sphère privée. Si le décret d'application associé à ce texte n'a pas encore été publié, le bénéfice d'une retraite anticipée à taux plein pour les fonctionnaires handicapés devrait tout prochainement constituer une possibilité effective.

Cette modification récente pourrait alors profiter au système de recensement du Centre Hospitalier de Dax, en incitant les agents bénéficiaires de l'obligation d'emploi à se déclarer.

Dès parution du décret d'application, par l'intermédiaire d'une note envoyée avec le bulletin de salaire, le bureau du personnel pourra expliciter ce mécanisme en recommandant aux personnels concernés de se signaler au plus vite. Et si l'article 28 de la loi du 11 février 2005 semble limiter la population touchée par cette mesure aux personnes dont l'incapacité est au moins égale à 80%, la rédaction de cette note devra ouvrir une fenêtre suffisamment large afin d'engager les autres bénéficiaires de l'obligation d'emploi à se signaler.

b) Se déclarer pour conforter la probabilité d'obtention d'un poste aménagé ou de mise en œuvre d'un reclassement pour inaptitude

Un intérêt individuel à la déclaration pourrait également être suscité au travers de l'attribution des postes aménagés pour raison de santé ou de la mise en œuvre des procédures de reclassement pour inaptitude. Si ces deux mécanismes constituent pour l'agent des droits statutaires, il n'en demeure pas moins que leur bonne mise en œuvre dépend des ressources et du temps qu'y consacrerait l'établissement. Engagé dans une démarche d'amélioration de la prise en charge de ces agents, le Centre Hospitalier a démontré son souci d'efficacité dans ce domaine. L'implication de l'agent devrait alors constituer un écho naturel à celle de l'établissement.

Il serait alors suggéré à la personne dont le poste a été aménagé ou dont le reclassement pour inaptitude est amorcé, de tenter d'obtenir une reconnaissance de travailleur handicapé. Et, ce même si celle-ci ne pourra sans doute être toujours obtenue, les critères d'attribution de ce statut étant relativement précis. Pour les personnels déjà placés sur des postes aménagés ou ayant été récemment reclassés, cette proposition pourrait être effectuée lors de rencontres organisées entre l'agent et la Direction des Ressources Humaines, à l'issue de la période initiale d'affectation.

Ce qui n'est qu'une invitation forte ne devra cependant pas se transformer en critère discriminant à l'attribution d'un poste aménagé ou à la mise en œuvre d'un reclassement pour inaptitude. Il pourra cependant être simplement signifié aux agents que leur engagement dans une tentative de reconnaissance officielle de handicap, sans constituer une obligation, appuie positivement leur demande, en démontrant une prise en compte des contraintes pesant sur l'établissement.

Ces deux propositions dégagées par le groupe projet seront soumises pour avis au comité de pilotage et présentées à la DRH dans les prochaines semaines. La réalisation de la première devant en tout état de cause attendre le décret d'application instaurant une retraite anticipée pour les fonctionnaires handicapés, tandis que la deuxième nécessitera un important travail de préparation, afin notamment que les organisations syndicales n'assimilent pas celle-ci à un « chantage au poste aménagé ». Leur présence au sein du comité de pilotage devant cependant permettre d'engager un dialogue sur ce thème.

Aussi nécessaire qu'elle soit, la mise en œuvre de ces mesures d'ordre technique, ne pourra à elle seule, conduire à une véritable optimisation du système de gestion des inaptitudes. Son adaptation nécessitera des transformations plus fondamentales, qui ne pourront être menées sans une implication forte de l'encadrement supérieur.

3.2.2 L'implantation de changements profonds nécessitant un engagement institutionnel

A) La refonte du processus d'attribution des postes aménagés

Un premier examen de la procédure d'attribution des postes aménagés a semblé vouloir suggérer qu'une forte proportion de postes aménagés était occupés sans raison spécifique, en particulier chez les infirmières. Un double décompte de certains d'entre eux, à la fois désignés comme postes aménagés pour raison de santé, et comme postes aménagés pour raison sociale, augmentait cependant artificiellement cette proportion, sans que l'on puisse savoir exactement dans quelle mesure.

Afin de distinguer ce qui découle de modalités inadaptées de décompte et de ce qui est imputable à une attribution peu pertinente de ces postes, le groupe projet a alors décidé d'approfondir cette analyse.

Les listes des personnels concernés par cette procédure ont dans un premier temps été examinées et mises à jour. Il est alors apparu que pour la presque totalité d'entre eux la date limite provisoire d'affectation était dépassée, et ce depuis quinze ans, quinze mois, ou quinze jours. Parmi ces agents, tous n'ont bien sûr pas été affectés dans le cadre des protocoles mis en place en 2003.

Afin de clarifier l'ensemble de ces situations, il a alors été décidé de procéder à une analyse en deux temps, en rencontrant d'abord les personnes rentrant dans le cadre

défini en 2003, puis éventuellement ensuite, ceux affectés sur leurs postes avant la rédaction de ces protocoles. Ceci permet d'une part de redonner un certain formalisme aux décisions signées depuis 2003, en signifiant bien que leur suivi est cette fois effectif, et dans un deuxième temps de tenter prudemment de peu à peu faire bouger des situations depuis trop longtemps figées.

Les premières rencontres sont programmées dans le courant du mois d'août. Les agents affectés à partir de 2003 sont individuellement reçus par un cadre du bureau du personnel membre du groupe projet et moi-même. Il s'agit alors de faire un point sur la situation de chaque personne, en rappelant les critères qui ont présidé à son affectation et en vérifiant si ceux-ci ont toujours cours.

L'ensemble de ces conclusions sera accompagné d'un indice de pertinence affecté à la demande de reconduction ainsi que d'une appréciation de l'adéquation poste/agent. Quatre demandes de postes aménagés émanant de trois infirmiers et d'un aide-soignant restent en effet depuis quelques mois sans réponse. Cette procédure pourrait donc se conclure par un ou plusieurs changements d'affectation, un préavis minimum de trois mois ayant cependant été prévu afin d'encadrer toute décision.

A ce jour, 12 des 13 rencontres programmées ont été effectuées. Elles ont concerné exclusivement des femmes avec 5 aides soignantes et 7 infirmières toutes nommées sur ces postes à partir de l'année 2003. Les indicateurs principaux visant à déterminer le poids de la demande de reconduction (acuité des problèmes sociaux ou des restrictions d'aptitude) et à apprécier l'adéquation poste/agent (degré de cohérence entre les conditions de travail, les compétences réelles et les restrictions d'aptitude ou besoins sociaux) ont permis de déterminer trois catégories d'agents :

- Ceux dont la situation nécessite pour au moins trois ans une reconduite de contrat sur un poste aménagé (2 infirmières et 3 aides soignantes)
- Ceux dont la situation a évolué de telle manière que la reconduite devra être examinée tous les ans et en cas de demande urgente à satisfaire, une mobilité pourra être envisagée à chaque période d'expiration du contrat (4 infirmières et 2 aides soignantes)
- Ceux qui pourront libérer leur poste dès les prochains mois (1 infirmière).

S'il semble d'ores et déjà possible d'envisager le changement de service d'un agent, le renouvellement des contrats des 5 personnes appartenant au second groupe devra être examiné en comparaison de la criticité des nouvelles demandes exprimées. Néanmoins

dans 4 cas sur 5, ces agents appartiennent à un même service, l'hôpital de jour, dont est elle-même issue l'infirmière ayant souhaité changer d'affectation.

Au final, tant du fait de la situation des agents, que de la concentration des possibilités de changement au sein d'un même service, les mouvements immédiatement et facilement opérables semblent relativement limités. Certaines possibilités demeurent pourtant envisageables, en particulier si on peut étaler ces mouvements dans le temps. Ceci pourrait être opéré en ne renouvelant certaines affectations que pour un an, d'autres pour deux ans, la variété des situations permettant cette opération sans création d'inégalité ou d'injustice.

Dans tous les cas, la prise d'une quelconque décision impose une nouvelle analyse, la majeure partie des agents occupant des postes aménagés sans raison sociale ou de santé avérée n'ayant pas encore été rencontrée.

Deux options s'offrent alors à la Direction des Ressources Humaines et à la Direction des Soins, et un choix stratégique devra être effectué dans les toutes prochaines semaines.

La première hypothèse consiste en une mise en place immédiate d'une commission composée de la Direction des Ressources Humaines, de la Direction des Soins, de la médecine du travail, du bureau des assistants sociaux, et tout particulièrement de l'encadrement des services concernés.

La volonté d'organiser les premières rencontres sur une période relativement ramassée a en effet conduit à réduire la concertation. Les cadres des unités dont étaient issus les agents n'ont ainsi pas été prévenus en amont. Cet oubli fâcheux a conduit à un mécontentement relatif de ceux-ci d'autant que leur interlocuteur principal, le Directeur des Soins, était absent pour une dizaine de jours. Ceci était d'autant moins judicieux, que les cadres sont, après les agents eux-mêmes, les mieux placés pour apporter des informations sur ces situations.

Une fois constituée, cette instance aurait pour charge, d'examiner concurremment les nouvelles demandes et les situations des agents rencontrés lors de la phase précédente. Elle bénéficierait pour cela des conclusions rendues après la première série d'entretiens, mais aurait toute liberté pour à nouveau rencontrer les agents. Si cette procédure peut être immédiatement amorcée, elle expose cependant à la création d'une certaine inégalité. Les agents placés sur des postes aménagés depuis de nombreuses années, ou du moins avant la mise en place des protocoles régissant leur attribution ne seraient en effet absolument pas inquiétés. Si ce choix permet une simplification bienvenue de cette problématique, il sera cependant difficilement justifiable auprès du premier groupe d'agents rencontrés.

Dans le second scénario, il s'agirait au contraire de continuer l'analyse des situations individuelles en examinant à présent celle des agents dont le placement sur ces postes est bien antérieur à celui du premier groupe considéré. Cette étude pourrait permettre de déceler certaines situations où une mobilité est envisageable. La pertinence des nouvelles demandes serait alors examinée concurremment aux souhaits de reconduction, tant des agents déjà rencontrés que de ceux appartenant à ce nouveau groupe. Et ce toujours en fonction d'indicateurs analysant l'acuité de la demande et l'adéquation poste/agent.

Cette méthode qui a le mérite d'instaurer une certaine égalité entre tous les agents placés sur des postes aménagés, permettrait de redonner un certain crédit au système d'attribution. Il ne s'agirait certes pas de supprimer l'intégralité des traitements différenciés, mais plutôt de commencer à encadrer ceux-ci pour peu à peu rétablir un semblant de cohérence. Néanmoins, cette procédure sera particulièrement difficile à mettre en œuvre ou à simplement suggérer. Tant les agents présents sur ces postes que l'encadrement médical et soignant des services concernés, expriment de fortes réserves face à d'éventuels mouvements. La compétence technique et relationnelle développée par les personnels occupant ces emplois, et ainsi la difficulté de les remplacer aisément, constituant l'argument le plus souvent développé.

Dans un cas comme dans l'autre, une analyse approfondie des nouvelles demandes devra être effectuée. D'une part parce que le protocole mis en place en 2003 le prévoit pour chaque sollicitation, de l'autre parce que la mise en place de ces rencontres a fortement ébranlé un système qui ne pourrait supporter un choix peu ou mal justifié.

Au final, chacun des deux processus ici imaginés induit un certain nombre d'effets pervers non négligeables, le premier parce que trop inégalitaire, le second parce qu'extrêmement délicat à mener. Aucune de ces solutions n'ayant été encore discutées en groupe projet, ce mémoire n'a pas vocation à prendre position en suggérant une option plutôt que l'autre. Ce choix éminemment politique, ne constituant pas autre chose que l'expression du conflit wébérien entre rationalité en valeur et rationalité en finalité, ne pourra être effectué que par ceux qui auront à en gérer les conséquences.

Mais quelle que soit la méthode finalement adoptée à l'issue de la première phase d'ores et déjà mise en œuvre, celle-ci devra cependant être âprement défendue et sans relâche expliquée, pour favoriser un niveau correct d'acceptation collective, condition sine qua non, de la réussite de cette entreprise.

B) L'Intégration des travailleurs handicapés

a) *Préparer l'accueil de travailleurs handicapés, la nécessité d'un changement de regard*

Si l'intégration de travailleurs handicapés constitue une option choisie par le CH de Dax tant pour répondre à l'obligation d'emploi que pour conforter son système de gestion de l'inaptitude, celle-ci ne pourra s'effectuer sans d'importants travaux préparatoires. Bien avant même d'envisager de quelconques aménagements techniques, il importera de valoriser le handicap, en favorisant un changement de regard sur celui-ci.

Si la réussite d'un aménagement de poste dépend d'une certaine acceptation par le collectif, il en va en effet de même pour ces tentatives d'insertion. D'autant que jusqu'ici, aucune véritable politique à l'égard des travailleurs handicapés, ni de simples opérations de sensibilisation n'ont été menées. Le refus de certains agents de déclarer leur statut témoignant de cette perception selon laquelle le handicap n'aurait pas sa place au Centre Hospitalier de Dax.

Modifier notre perception du handicap est donc bien plus qu'une opération socialement respectable, elle constitue une véritable nécessité. Ceci dépasse bien sûr les portes de l'hôpital, puisque ce qui s'apparente presque à une lutte contre les discriminations est porté non seulement par des associations luttant pour les droits des personnes handicapées, mais également par des cabinets de recrutement généralistes tel ADIA (groupe Adecco). L'un des visuels d'une campagne publicitaire menée en 2004 par cette société, montrait ainsi une jeune fille lourdement handicapée, avec un slogan accrocheur où l'on pouvait lire « cette fille ne peut rien faire... » suivi dans une police bien moindre « sans passion, ce n'est pas ce vous avez pensé en la regardant ? ».

La nécessité de se fier aux compétences plutôt qu'aux apparences, est donc loin d'être naturelle. Et puisqu'on change plus facilement les préjugés par les rencontres que les discours, l'intervention d'associations facilitant la réinsertion professionnelle de personnes handicapées pourrait être pertinente. Souvent conduits par des personnes elles-mêmes handicapées ou travaillant au quotidien avec celles-ci, ces échanges permettent une sensibilisation prévenant les réactions naturelles que constituent la peur et le malaise. Les participants peuvent également être mis en situation de handicap via des jeux de rôles liés à des situations professionnelles permettant notamment d'aborder la question de l'attitude et du langage à adopter avec une personne handicapée.

Ces rencontres pourraient être notamment proposées à l'ensemble des médecins chefs de service ou bientôt de pôle, à l'encadrement soignant, technique et administratif, et une fois le placement d'un agent décidé dans un service spécifique, à l'intégralité de celui-ci. Un financement pourrait être obtenu dès 2007 auprès du FIPHFP puisque l'article 3 du décret 2006-501 relatif à celui-ci, considère « la formation et l'information des personnels susceptibles d'être en relation avec les travailleurs handicapés » comme une action dont l'objet est éligible au financement.

b) Suggérer les possibilités d'intégration...

La forme et le degré que peut revêtir le handicap sont si variés que des propositions de poste adéquates sont particulièrement difficiles à émettre pour un non expert. Dans l'absolu, les possibilités peuvent être infinies, puisqu'il s'agit de déterminer une adéquation entre un handicap et un poste.

Certains cabinets d'ergonome ont cependant acquis une telle expérience dans ces placements, que leurs propositions peuvent être techniquement tout à fait étayées, même sans connaissance a priori du handicap des travailleurs à intégrer.

Une analyse approfondie des situations de travail permettra ainsi aux consultants plébiscités d'identifier les postes « légers », et d'établir une fiche de profil de poste, détaillant les catégories de handicap compatibles avec ceux-ci.

Néanmoins, cette étude ne pourra permettre que de suggérer les postes sur lesquels des travailleurs handicapés peuvent être embauchés sans difficultés et ne constituera qu'un guide pour l'établissement.

L'intégration des travailleurs handicapés, devra également s'opérer, et ce de la même manière que pour toutes les autres catégories de personnel, à partir de la définition d'un besoin ou d'une vacance de poste. Reste cependant encore à définir les modalités concrètes de ces recrutements.

c) Définir des modes de recrutement

Parallèlement à l'amélioration de l'accès au concours pour les personnels handicapés, le recrutement contractuel direct, déjà prévu par l'article 27 de la loi du 9 janvier 1986, constitue aujourd'hui un vecteur privilégié d'intégration des travailleurs handicapés, et ce tout particulièrement depuis le 1^{er} janvier 2002, date de disparition du dispositif des « emplois réservés ».

En l'absence d'outils spécifiques nationaux destinés à assurer une large publicité des emplois mis au recrutement direct, les établissements hospitaliers, qui souhaiteraient recruter des travailleurs handicapés reconnus comme tels par la CDAPH, peuvent avoir recours, au-delà de l'ANPE, aux antennes du réseau Cap Emploi, fonctionnant sous l'égide de l'AGEFIPH. Si ce dispositif s'adresse aux entreprises privées, une coopération

sur ce thème peut être facilement engagée, et ce d'autant que ces organismes travaillent déjà souvent avec les hôpitaux sur les recrutements de contrats aidés. Ainsi, l'association DEPHIE, représentante de Cap Emploi sur Dax, pourrait aider à l'organisation du recrutement direct d'un travailleur handicapé, à partir de l'expression d'un besoin.

Tout au long de la période de stage, les associations de placement des travailleurs handicapés, constituent en outre des interlocuteurs précieux, disposant d'une connaissance approfondie de l'agent.

L'appel à candidature peut être opéré de façon directe auprès des structures associatives ou publiques compétentes mais peut également s'envisager après une publicité infructueuse à la mutation ou au détachement.

Si ces recrutements seront opérés en fonction des besoins, il est cependant préférable que le ou les premiers d'entre eux, soient effectués dans la sphère administrative, voire à la Direction Générale ou au Bureau du Personnel. Ceci permettra de veiller de près à l'intégration de l'agent, mais aura également vertu d'exemple, interdisant aux autres services de mettre en doute l'implication de la direction dans cette démarche. Il serait donc souhaitable que la procédure de recrutement direct permette de répondre à une des prochaines vacances de poste dans ces secteurs.

d) *La mise en œuvre d'un intéressement collectif à l'intégration des agents handicapés dans le cadre de futurs contrats de pôles*

La charte de la contractualisation interne actuellement développée par le Centre Hospitalier de Dax dans le cadre du passage à l'organisation en pôles au 1^{er} janvier 2007, prévoit la mise en place d'un intéressement visant à encourager ces nouvelles unités à l'efficience.

Celle-ci sera appréciée tant en fonction de l'optimisation des ressources et dépenses, que de la qualité du service rendu, ou de l'amélioration des conditions de travail, ici repérée par le niveau d'absentéisme pour maladie ordinaire, accident du travail et maladie professionnelle.

Si l'intégration de travailleurs handicapés devait être définie comme un axe fort de la politique du Centre Hospitalier, l'établissement au sein des contrats de pôles d'indicateurs mesurant celle-ci pourrait être envisagé.

Malgré tout, la spécificité de la problématique du handicap est telle qu'il pourrait être difficile de faire accepter qu'elle puisse constituer un objectif à part entière au même titre que l'absentéisme. On rétorquera cependant, que la force de l'engagement institutionnel en faveur de l'intégration des personnels handicapés devrait permettre de défendre cette

idée, affichant par là-même une certaine détermination, et que dans le cas où la direction ne pousserait pas à l'inscription de ces objectifs dans les contrats de pôles, son crédit sur le thème du handicap s'en trouverait au contraire diminué.

Mais un tel revers pourrait ne pas en être un, si plutôt que l'attribution d'un objectif était suggérée l'idée d'un bonus à l'insertion de travailleurs handicapés.

L'intéressement total, défini comme le nombre de points obtenus lors de la réalisation des objectifs multiplié par la valeur du point serait automatiquement majoré de trois points pour une intégration parfaitement réussie ou deux points pour une insertion nécessitant encore quelques adaptations. Le montant de cette prime serait alors non négligeable et supérieur à celui qu'aurait rapporté la pleine réalisation de l'objectif équivalent.

En effet si on avait défini l'intégration de travailleurs handicapés comme un objectif à part entière, une réponse parfaite à celui-ci aurait également rapporté 3 points, mais l'attribution de cet objectif supplémentaire aurait alors automatiquement minoré la valeur du point³⁸.

Ainsi, cette gratification à l'embauche, serait certes présentée comme socialement plus acceptable, puisqu'il serait difficile de s'opposer à l'attribution d'un tel bonus, mais elle serait surtout financièrement non négligeable, et donc plus incitative pour les pôles.

Néanmoins, les contrats de pôles reflétant les priorités affichées par l'établissement, l'attribution de ce bonus n'aura de sens que si une véritable politique d'embauche à destination de ces travailleurs est mise en œuvre. Ce mécanisme d'intéressement devant favoriser ou accélérer la réalisation de l'objectif déterminé, et non l'impulser.

Les actions correctrices envisagées dans le cadre de ce projet d'amélioration de la gestion de l'inaptitude sont donc particulièrement variées, tant dans leur teneur, que dans les modalités d'accompagnement nécessaires à leur mise en œuvre.

Le groupe projet et le comité de pilotage, dans leur rôle de coordination et de promotion de la démarche, auront ici un rôle déterminant. Sans cesse, l'unicité et la cohérence de ce projet devront être préservées, afin que l'éparpillement de ces multiples initiatives ne le privent de son sens global. Cette coordination devra alors être garantie à plusieurs

³⁸ La valeur du point est dépendante de l'enveloppe d'intéressement définie, et du nombre d'objectifs fixés dans l'établissement. $\text{Enveloppe}/(\text{nombre d'objectifs} \times 2) = \text{valeur du point}$

niveaux, tant entre les opérations préventives et correctives, qu'entre la gestion des travailleurs inaptes et handicapés. Et c'est seulement ainsi intégrée, que la gestion des inaptitudes pourra acquérir une véritable dimension et prétendre à une réelle optimisation.

CONCLUSION

Le 1^{er} septembre 2006, dans un courrier adressé au Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, le Président de la Fédération Hospitalière de France demandait au nom de ses adhérents, à ce que puissent être comptabilisés dans les effectifs des bénéficiaires de l'obligation d'emploi, les personnes ayant bénéficié d'un aménagement de fonctions ou de poste, suite à l'expression de restrictions d'aptitude.

Quelle que soit la suite donnée à cette requête, celle-ci démontre de façon percutante, la proximité des notions d'inaptitude et de handicap, et la coordination nécessaire de leurs modes de gestion respectifs.

A l'instant où l'hôpital public doit à la fois accompagner des agents inaptes de plus en plus nombreux, et intégrer des travailleurs handicapés dans le cadre d'un objectif national d'insertion professionnelle de ces personnes, il serait particulièrement malvenu de continuer à prendre en charge de façon cloisonnée les situations d'inaptitude et de handicap.

Non pas à dire que ces deux notions soient devenues synonymes, ou que les personnes concernées soient rigoureusement les mêmes, mais simplement parce que la gestion de leurs conséquences professionnelles individuelles, est aujourd'hui affaire collective.

Au-delà de l'injonction morale, qui appelle à aider à l'accès ou au maintien au travail, les enjeux institutionnels globaux associés à ces questions deviennent en effet déterminants. L'augmentation des agents en situation d'inaptitude au sein des établissements hospitaliers peut ainsi engendrer une altération de la qualité du service rendu en perturbant la répartition de la charge de travail, tandis qu'une faible mobilisation à l'intégration de travailleurs handicapés expose les structures hospitalières à des sanctions financières non négligeables.

La gestion coordonnée de ces deux problématiques ne saurait cependant se limiter à une assimilation du handicap à l'inaptitude, qui permettrait, notamment au travers de la prise en compte des agents occupant des postes aménagés dans les effectifs des bénéficiaires de l'obligation d'emploi, d'atteindre plus facilement le quota de 6% de travailleurs handicapés.

Si comme l'a montré l'analyse, cette proposition pourrait effectivement aider les établissements hospitaliers à respecter le principe de l'obligation d'emploi, tout en récompensant les efforts effectués dans des opérations de maintien au travail, le recrutement des travailleurs handicapés ne saurait pour autant s'en trouver freiné.

Un tel effet induit priverait non seulement nos institutions d'une enrichissante diversification de profils et de compétences, mais aussi d'un puissant levier au service de la gestion des inaptitudes.

L'optimisation de celle-ci dépend bien sûr d'ajustements des modes de prise en charge vers une coordination et une intégration affermies, mais elle est également fonction de l'objectif qu'on lui attribue.

Et en démontrant que handicap et compétence professionnelle sont tout à fait conciliables, l'insertion de travailleurs handicapés pourrait rappeler que la gestion des inaptitudes ne constitue pas un amas de solutions de fortune ou de pis aller, mais bien un système intégré permettant aux agents, et au-delà à un établissement tout entier, de regagner, malgré la maladie ou les séquelles d'un accident, une performance certaine au travail.

Bibliographie

- **OUVRAGES ET MEMOIRES**

ANDRE M. *La prévention des risques professionnels en maison de retraite*, Mémoire ENSP, 2003, 82 p.

ANFH. *Guide sur le handicap dans la fonction publique hospitalière*. Paris : ANFH, 2001, 80 p.

DEFAIN P. *Améliorer la gestion des personnels soignants en difficulté*, Mémoire ENSP, 2005, 66 p.

ENSP. *La mise en perspective de la C.I.F.H dans la nouvelle politique de santé publique et du handicap*, Module Interprofessionnel de Santé Publique, 2005, 28 p.

ENSP. *L'approche « situationnelle » du handicap : ampleur et enjeux d'un changement de modèle*, Module Interprofessionnel de Santé Publique, 2003, 28 p.

HUGUENIN A.M., MACHIN P. *Inapte au poste, que faire ?* Paris : Cynergie, 2003, 47p.

GROSSE D. *Hôpital et handicap moteur*. Vers une amélioration de la prise en charge. Mémoire ENSP, 2004, 73 p.

OMNES C., BRUNO A.S. *Les mains inutiles Inaptitude au travail et emploi en Europe*. Paris : Belin, 2004, 477 p.

REMY P. *La gestion des postes aménagés à l'hôpital : pourquoi pas une plus-value pour l'institution ?*, Mémoire ENSP, 2004, 74 p.

- **RAPPORTS ET ETUDES**

BELLEMARE M., MARIER M., MONTREUIL S. *La transformation des situations de travail par une approche participative en ergonomie : une recherche intervention pour la prévention des troubles musculo-squelettiques*, Études et recherches / Rapport R-292, Montréal : IRSST, 2002, 126 p.

BERTHELETTE D., LEDUC N., BILODEAU H. *Analyse d'un programme de formation visant la prévention primaire des maux de dos chez le personnel soignant des centres hospitaliers du Québec*, Études et recherches / Rapport R-452, Montréal : IRSST, 2006, 275 p.

CAISSE DES DEPOTS ET CONSIGNATIONS. *Banque nationale de données, rapport annuel 2004, accidents et maladies professionnelles dans les fonctions publiques territoriales et hospitalières*, Paris : CDC, 2004, 62 p.

CAISSE DES DEPOTS ET CONSIGNATIONS. Service risques professionnels, *Le risque professionnel et l'invalidité*, Paris : la documentation française, 2005, 78 p.

CNRACL. *Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, programme d'actions 2004-2006*, Bordeaux : CNRACL, 2004, 101 p.

CONRAD P., DEVIN B., *Formation-organisation : une démarche pour construire une organisation apprenante*, Paris : Editions de l'ANACT, 2004, 44 p.

COUR DES COMPTES. *Rapport au président de la république 2005*. Paris : Direction des journaux officiels, 2005. 2^{ème} partie, chapitre 11, Les accidents du travail et les maladies professionnelles des fonctionnaires, pp. 583-620.

COUR DES COMPTES. *La vie avec un handicap : Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et organismes intéressés*. Paris : Direction des journaux officiels, 2003, 309 p.

DENIS D., OUELLET F., BEAUGRAND S. *Étude de cas : apport de différentes sources de données à la réalisation d'une intervention ergonomique visant la prévention des troubles musculo-squelettiques*, Études et recherches / Rapport R-328, Montréal : IRSST, 2003, 169 p.

INSEE. France, *Portrait social 2004/2005*, Paris : INSEE, 2004, 270 p.

GALLET A.M., SASSO M.O. *Prévenir les risques professionnels. Guide méthodologique à l'usage des établissements du secteur sanitaire et social*. Paris : Editions de l'ANACT, 2005, 36 p.

LEBORGNE D., GEOFFRION L. *Maux de dos associés aux activités de déplacement des bénéficiaires dans un Centre Hospitalier à vocation gériatrique*, Études et recherches / Rapport R-055, Montréal : IRSST, 1989, 188 p.

LECOMTE C., SAVARD R. *Les effets d'une intervention de counseling sur la réadaptation de travailleurs accidentés à risque de chronicité*, Études et recherches / Rapport R-448, Montréal : IRSST, 2006, 198 p.

LOISEL P., DURAND M.J., BARIL R. *Décider pour faciliter le retour au travail - Étude exploratoire sur les dimensions de la prise de décision dans une équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail*, Études et recherches / Rapport R-393, Montréal : IRSST, 2004, 59 p.

LORTIE M., GAGNON M. *L'analyse des accidents du travail en milieu hospitalier*, Profil-Recherche PR-067, Montréal : IRSST, 1988, 2 p.

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. *L'emploi des travailleurs handicapés dans la Fonction Publique de l'Etat au 31 décembre 2003*, Paris : Ministère de la fonction publique, 2003, 227 p.

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. *L'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la Fonction Publique : cadre légal et éléments statistiques*, Paris : Ministère de la fonction publique, 2006, 62 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, *Rapport sur l'exécution de la loi n°87-517 du 10 juillet 1987 dans la fonction publique hospitalière*, Paris : Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004, 23p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. *Synthèses annuelle des données sociales hospitalières Année 2003*. Paris : Ministère de la santé et de la protection sociale, 2005. 155 p.

ROGEZ I., PENZO A.M. *Les manutentions dans l'organisation du travail*, Paris : Editions de l'ANACT, 1999, 46 p.

SAINT-VINCENT M., TELLIER C. *Évaluation d'un programme de formation à la manutention en milieu hospitalier*, Profil-Recherche PR-068, Montréal : IRSST, 1988, 2p.

- **ARTICLES**

ANDRE S. L'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire. *Actualités sociales hebdomadaires*, 30 septembre 2005, n°2423 pp. 19-33

BEDARD S. TMS : quelques données. *Objectif prévention*, 2004, vol.27, n°4, pp. 29-30

BELLEMARE M., MONTREUIL S., MARIER S., et al. L'amélioration des situations de travail par l'ergonomie participative et la formation. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 2001, vol. 56, n°3, pp. 470-488

CHARLOT J. Evaluation des méthodologies de reprise de travail des salariés lombalgiques chroniques. *Revue du rhumatisme*, 2001, n°68, pp. 166-169

DAVEZIES P. Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale. *Médecine et Travail*, 2000, n°183, pp. 38-41

DAVEZIES P. La prise en charge de la santé au travail en France. Aperçu historique sur les fondements idéologiques de l'institution. *Médecine et travail*, 2000, n°183, pp. 42-44

DOMART-RANCON M. Le rôle du médecin du travail dans la prévention et la prise en charge des AES. *Hygiènes*, 2003, vol.11, n°2, partie 3, pp. 1-7

EBERSOLD S. La personne handicapée : du citoyen à l'utilisateur. Enjeux et perspectives de la Classification Internationale des Handicaps. *Handicaps et inadaptations – Les cahiers du CTNERHI*, 1998, n°79-80, pp. 105-119

EVANOFF B. Etudes d'intervention ergonomique chez les soignants. *Documents pour le médecin du travail*, 2^{ème} trimestre 2006, n°106, pp. 187-194

GUIGNON N., VINCK L. Les conditions de travail dans la fonction publique. Premières Synthèses, octobre 2003, n°40-1, pp. 1-7

HUEZ D. Santé et travail. Les origines, les acteurs et les indicateurs, *Actualité et dossier en santé publique*, 1994, n°9, pp. 4-14

KNIBBE H., PROTEAU R.A. Les « Ergo coachs », des agents de suivi à la sauce hollandaise ! *Objectif prévention*, 2006, vol.29, n°3, pp. 16-17

LEBAUPAIN C. La médecine du travail, une pratique de plus en plus complexe. *Actualité et dossier en santé publique*, 1994, n°9, pp. 30-31

LECLERC A., HA C., ROQUELAURE Y., et al. La situation épidémiologique des troubles musculo-squelettiques : des définitions et des méthodes différentes, mais un même constat. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'institut de veille sanitaire (Numéro thématique, La surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques)*, 15 novembre 2005, n°44-45, pp. 218-219

MERTANI C. Personnels en situation de handicap : où en est la Fonction Publique Hospitalière ? *Informations sur les ressources humaines à l'hôpital*, mars 2002, n°22, pp. 9-17

SOULA M.C., Santé au travail : où en est-on ? *Semaine sociale Lamy*, 6 juin 2005, n°1218.

VILLENEUVE J. La tendance en Amérique du Nord : zéro soulèvement manuel. *Objectif prévention*, 2006, vol. 29, n°3, p12-13

- **RESSOURCES ELECTRONIQUES**

ABECASSIS P. *Historique de l'aptitude*.

Disponible sur Internet : http://www.a-smt.org/textes/HISTORIQUE_aptitude.htm

BELAID A., HENNION T., MOREAU D. et al. *Surveillance médicale renforcée et handicap.*

Disponible sur Internet : www.handitrav.org/echo15.html

BERTIN C., PARENT D., RIQUET O., et al. *L'énigme de la relation dans la consultation de médecine du travail.*

Disponible sur Internet : <http://www.a-smt.org/congLyon/enigmeRelation.html>

ESTRYN-BEHAR M., PERSONNE DE CHALEIX M., VIRON M., *Les accidents du travail par chute et déplacements à l'hôpital, août 2005.*

Disponible sur Internet : <http://www.anmetph.chez.tiscali.fr/chutqlis.htm>

FUKS J.J. *Liaisons Médecins du travail et ergonomie dans le cadre de l'insertion et de la réinsertion de travailleurs handicapés.*

Disponible sur Internet : www.aimt67.org/dossier/Handiergo.htm

MANAOUIL C., GRASER M., JARDE O., *La reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique.*

Disponible sur Internet : www.amedoc-asso.com/reprise_travail.htm

MORGAND C. *Les limites du maintien dans l'emploi, juin 2004.*

Disponible sur Internet : www.handitrav.org/actualites/0406Morgand.html

MILLANVOYE M., *Quelques relations entre vieillissement et travail.* Cynergie, 13 juin 2003.

Disponible sur Internet : www.handitrav.org/actualites/0306Millanvoye.pdf

PERREAUX S. *Santé au travail dans la fonction publique territoriale.*

Disponible sur Internet : www.aimt67.org/PDF/fonction_publicque.pdf

SAINT VINCENT M., TOULOUSE G., BELLEMARE M., *Démarches d'ergonomie participative pour réduire les troubles musculo-squelettiques : bilans et réflexions. Pistes, mai 2000, vol.2, n°1*

Disponible sur Internet : <http://www.pistes.uqam.ca/v2n1/articles/v2n1a5.htm>

Liste des annexes

ANNEXE 1 Recensement des travailleurs handicapés au sein de l'établissement, enquête établie auprès des personnels en avril 2006

ANNEXE 2 Cahier des Clauses Techniques Particulières du marché à procédure négociée lancé pour l'achat d'une prestation en ergonomie

ANNEXE 3 Budget de la DLP

ANNEXE 4 Critères et indicateurs de suivi de la DLP

Annexe 1

Recensement des travailleurs handicapés au sein de l'établissement

L'application de la loi du 11 Février 2005, dite « loi handicap », doit permettre dès cette année de favoriser l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés qui souhaitent intégrer la Fonction Publique Hospitalière ou y être maintenus dans l'emploi.

Afin de respecter cet engagement national et de redéfinir par la même occasion sa politique en direction des personnes handicapées, le Centre Hospitalier de Dax souhaite recenser tous les agents concernés.

Vous trouverez ci-contre un questionnaire qui vous aidera à vous situer par rapport aux treize définitions du handicap inscrites dans la loi du 11 Janvier 2005.

Si l'une d'entre elles vous concerne, nous vous invitons à adresser ce formulaire au médecin du travail par voie postale, par courrier interne, ou simplement le déposer au bureau de la médecine du travail.

Votre réponse devra être accompagnée d'une photocopie d'un document officiel attestant de la reconnaissance de votre état (déclaration COTOREP, carte d'invalidité, etc.).

La date limite de réponse est fixée au 20 mai.

Votre réponse est essentielle

Le recensement des travailleurs handicapés est une obligation légale. Les établissements qui ne respectent pas un taux d'emploi de 6% pour ces agents, verseront au nouveau Fonds Pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique une contribution égale à **600 fois le SMIC horaire par salarié handicapé manquant, soit environ 4800 euros**.

Même s'il respectait effectivement le taux de 6%, le Centre Hospitalier de Dax se verrait donc pénalisé par un recensement non exhaustif. Votre participation à cette enquête est un moyen sûr et simple d'éviter une telle situation, dommageable pour tous.

Votre réponse est confidentielle

Cette enquête est menée en partenariat avec la médecine du travail, vos courriers seront dépouillés dans ses locaux.

Vos réponses et les documents officiels que vous y adjoindrez ne seront en aucun cas exploités par la Direction du Personnel à des fins autres que ce recensement.

Pour tous renseignements complémentaires ou afin de vous aider à remplir ce formulaire, la Direction du Personnel répondra à vos questions au :

- 05 58 91 42 67 (Florie Bideplan)
- 05 58 90 55 49 (Marie Claude Dabadie)

Merci d'avance pour votre participation.

Questionnaire à retourner à la médecine du travail avant le 20 mai accompagné d'une photocopie d'un document officiel attestant de votre déclaration

NOM

PRENOM

NOM de jeune fille

SERVICE

Si vous êtes concerné(e) par l'une des treize propositions suivantes, veuillez cocher la case correspondante

1. Vous êtes un travailleur reconnu handicapé par la commission COTOREP ou CDAPH	<input type="checkbox"/>
2. Vous avez été victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ayant entraîné une Incapacité Permanente Partielle (IPP) au moins égale à 10%	<input type="checkbox"/>
3. Vous êtes titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale	<input type="checkbox"/>
4. Vous êtes un ancien militaire et titulaire d'une pension militaire d'invalidité	<input type="checkbox"/>
5. Vous êtes veuve de guerre	<input type="checkbox"/>
6. Vous êtes orphelin de guerre et âgé de moins de 21 ans	<input type="checkbox"/>
7. Vous êtes veuve de guerre remariée ayant au moins un enfant à charge	<input type="checkbox"/>
8. Vous êtes femme d'invalidité interné pour aliénation mentale imputable à un service de guerre	<input type="checkbox"/>
9. Vous êtes titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires	<input type="checkbox"/>
10. Vous êtes titulaire de la carte d'invalidité	<input type="checkbox"/>
11. Vous êtes titulaire de l'allocation adulte handicapé	<input type="checkbox"/>
12. Vous avez été reclassé(e) pour inaptitude	<input type="checkbox"/>
13. Vous bénéficiez d'une allocation temporaire d'invalidité	<input type="checkbox"/>

NB : si vous ne pouviez pas fournir de photocopie d'un document officiel témoignant de la reconnaissance de votre état, veuillez cependant quand même à nous retourner ce questionnaire. Merci.

Annexe 2



CENTRE HOSPITALIER
Boulevard Yves du Manoir - B.P. 323
40107 DAX CEDEX

Tél. 05.58.91.48.48

Fax 05.58.90.55.03

*Marché Public de Fournitures et de Prestations de
Service*

**CAHIER DES CLAUSES
TECHNIQUES PARTICULIERES**

PROCEDURE ADAPTEE

**INTERVENTION EN ERGONOMIE
ACCOMPAGNEMENT D'UNE DEMARCHE ASSOCIANT
LA PREVENTION DES RISQUES LIES A LA
MANUTENTION ET LA GESTION DES RETOURS AU
TRAVAIL APRES ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE
PROFESSIONNELLE**

Date limite de remise des offres : **le Vendredi 15 Septembre 2006 à 12 Heures**

INTERVENTION EN ERGONOMIE

**ACCOMPAGNEMENT D'UNE DEMARCHE ASSOCIANT LA PREVENTION
DES RISQUES LIES A LA MANUTENTION ET LA GESTION DES RETOURS
AU TRAVAIL APRES ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE
PROFESSIONNELLE**

CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIERES

- 1. OBJET DU MARCHE**
- 2. AVERTISSEMENT**
- 3. NATURE ET DUREE DU MARCHE**
- 4. DEFINITIONS DES OBJECTIFS DU PROJET ET DES MISSIONS DU
SOUSSIONNAIRE**
- 5. MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE**
- 6. JUGEMENT DES OFFRES**
- 7. CONFIDENTIALITE – SECRET PROFESSIONNEL**
- 8. MODALITES D'ETABLISSEMENT DES PRIX**
- 9. PENALITES DE RETARD**
- 10. RESILIATION ET EXCLUSION**
- 11. ANNEXES**

1. Objet du marché

Le présent marché a pour objet l'accompagnement d'une démarche associant :

- La prévention des accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) liés à des gestes de manutention
- La gestion des retours au travail après AT/MP

Cette opération comporte trois phases d'intervention successives :

1. L'audit du soumissionnaire qui dresse un premier bilan de la gestion des AT/MP au sein de l'établissement
2. L'élaboration d'un plan d'actions en fonction des conclusions de l'audit et en collaboration avec les groupes projet et pilotage constitués en interne
3. La réalisation du plan d'actions en collaboration avec les services et les commissions spécialisées concernés

L'ensemble de cette opération est conduite par deux groupes de travail internes, sous autorité du DRH : le groupe projet, instance opérationnelle, et le comité de pilotage, organe de validation (cf. 5.2.).

2. Avertissement

Ce marché ne comporte qu'un **seul lot**.

Le prestataire candidat est identifié dans le présent document sous le nom de soumissionnaire.

A la fin du présent document plusieurs annexes sont fournies au **chapitre 11**.

***Nota :** Pour mettre l'accent sur les capacités qui doivent être impérativement opérationnelles dès la mise en service effective du projet, le présent de l'indicatif est systématiquement utilisé dans les chapitres suivants.*

3. Nature et durée du marché

3.1 Nature du marché

Le présent marché est un marché tel que défini à l'article 28 du Code des Marchés Publics (décret 2004-15).

3.2 Durée du marché

Le présent marché est conduit pour une période initiale de 14 mois à compter de la date de notification (entre le 1^{er} et 16 octobre 2006) et jusqu'au 31 décembre 2007.

4. Définition des objectifs du projet et des missions du soumissionnaire

Le Centre Hospitalier de Dax souhaite conduire, en partenariat avec le Fonds National de Prévention des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles géré par la CNRACL, une démarche associant la prévention des accidents de travail liés à la manutention et le maintien au travail des agents après accident du travail ou maladie professionnelle.

La fréquence des AT/MP est en augmentation au sein de l'établissement, et ce en dépit de nombreuses initiatives en ce domaine (mise en place d'une commission des inaptitudes, analyse des accidents du travail par la méthodologie de l'arbre des causes, suivi mensuel de l'absentéisme pour motifs médicaux, équipement quasi exhaustif des services en lits à hauteur variable et lève-malades, accent mis sur la formation, etc.).

Afin d'obtenir une réelle inflexion de ces AT/MP et de favoriser le retour au travail de ses agents, le CH de Dax souhaite aujourd'hui gagner en cohérence dans sa stratégie de promotion de la santé et de la sécurité au travail.

Au-delà de cet objectif global, on cherche notamment à obtenir :

- Une baisse des AT liés à la manutention
- Une baisse des mises en maladies professionnelles liées à la manutention
- Une baisse du nombre d'AT conséquences d'une récurrence

- Une protocolisation des retours d'AT/MP
- Un accompagnement des agents de retour d'AT/MP
- Un recensement et une analyse des postes sur lesquels les agents de retour d'AT/MP pourraient être placés
- Une analyse et un recensement des postes sur lesquels pourraient être prioritairement affectés des travailleurs handicapés

5. Mise en œuvre opérationnelle de la démarche

5.1 . La méthode et les moyens retenus

5.1.1. Les ressources externes : le rôle du soumissionnaire

La coordination des nombreuses initiatives de l'établissement en matière de lutte contre les AT/MP, s'impose aujourd'hui comme une nécessité. En apportant un regard neuf et critique sur ces pratiques, l'intervention du soumissionnaire doit aider au développement d'une telle synergie.

Au terme d'un examen approfondi des données santé et sécurité au travail du CH de Dax et d'une étude des dispositifs d'analyse et de suivi déjà activés, celui-ci bâtit en collaboration avec les groupes projet et pilotage, un plan d'actions pour une meilleure gestion des inaptitudes.

Cette action se structure autour de trois grandes phases d'intervention (cf.art 1) :

1. Le diagnostic (octobre 2006)

Il englobe l'étude des données AT/MP de l'établissement, l'analyse de l'activité des dispositifs de gestion déjà en place, et une première analyse des pratiques quotidiennes des agents avec des visites sur site. Un document écrit, synthèse des principaux enseignements de cet audit (une vingtaine de pages), sera produit par le soumissionnaire à l'issue de cette première phase. Il contient des pré-propositions d'actions correctrices, qui seront examinées en phase 2. Il sera remis à chaque membre des groupes de travail concernés et servira de base à l'évaluation finale de la démarche.

2. L'élaboration du plan d'actions en collaboration avec les groupes de travail internes (novembre-décembre 2006)

Le soumissionnaire communique les résultats de son auto diagnostic. En fonction de ceux-ci, il discute avec les groupes de travail concernés des actions prioritaires à mener sur l'année 2007 et leur mode de réalisation. Il participe à la sélection d'indicateurs de suivi parmi un ensemble de critères pré-établis par les groupes projet et pilotage.

Ce plan d'actions doit comporter deux grands volets :

- **Un volet prévention des AT/MP manutention** avec des interventions individuelles ou collectives auprès des agents, sur leurs postes de travail, afin d'analyser et de comprendre l'ensemble des éléments en jeu dans ces problématiques manutention, pour ensuite corriger les pratiques en ce domaine (suivis de terrain).

- **Un volet correction des AT/MP** mené en collaboration avec la commission des inaptitudes et la commission d'analyse des accidents du travail par la méthode de l'arbre des causes. Il s'agira notamment :
 - De recenser et d'analyser les postes sur lesquels pourraient être prioritairement affectés les agents de retour d'AT/MP
 - D'accompagner les agents dont la réintégration s'annonce la plus délicate
 - De participer à l'élaboration de protocoles de retour d'AT/MP
 - De recenser et d'analyser les postes sur lesquels pourraient être prioritairement affectés les agents handicapés

3. La réalisation du plan d'actions (janvier 2007-décembre 2007)

Le soumissionnaire met en œuvre les actions contenues dans le plan précité. Le déroulement du volet prévention nécessite un important travail sur site, avec l'organisation de suivis de terrain, dans tous les services désignés par le plan d'actions.

La mise en œuvre du volet correction se fait en collaboration avec la commission des inaptitudes et la commission d'analyse des accidents par l'arbre des causes. Le soumissionnaire participe à leur activité et émet des propositions concrètes concernant notamment les modalités d'accompagnement de retour d'AT/MP (aménagement de poste envisageables), les possibilités de reclassement, l'insertion de travailleurs handicapés sur des postes spécifiques, la création de nouveaux postes aménagés.

5.1.2. Les ressources internes : les groupes de travail propres à l'établissement

Cette démarche est fondée sur une approche participative et pluriprofessionnelle. L'activité du soumissionnaire n'aura de sens qu'en regard avec celle des dispositifs déjà existants. Il s'agit d'apporter une nouvelle expertise scientifique à ces travaux collectifs et d'en enrichir les propositions. Tous doivent travailler ensemble à l'élaboration puis au déroulement du plan d'actions, et enfin à son évaluation, à travers la construction d'indicateurs qui seront suivis pendant toute la durée d'exécution du marché.

o Le groupe projet

Direction des Soins	Le Directeur des Soins
Direction Qualité	Le Directeur Qualité
Direction des Ressources Humaines	2 Attachés d'Administration Hospitalière 1 Adjoint des Cadres

Certaines des missions du groupe projet concernent directement l'activité du soumissionnaire. On citera ainsi :

- ❖ l'élaboration du présent cahier des charges
- ❖ l'accompagnement du soumissionnaire lors de son audit
- ❖ une aide à son intégration au sein de l'établissement tout au long de la démarche
- ❖ la rédaction du plan d'actions

- ❖ l'appui logistique à la mise en œuvre des actions contenues dans le plan précité

- Le comité de pilotage

SERVICES	
Direction des Soins	4 cadres de santé (court séjour, gériatrie, radiologie)
Direction Qualité	1 technicienne qualité
Direction des Ressources Humaines	2 attachés d'administration hospitalière 1 adjoint des cadres
Médecine du travail	1 médecin du travail 2 infirmières attachées à la médecine du travail
Service formation	1 formatrice manutention 1 responsable formation 1 secrétaire attachée au service formation
Blanchisserie	1 technicien
UCR	1 diététicienne attachée à l'UCR
Services techniques	1 adjoint des cadres
CHSCT	
CFDT	1 représentant CFDT siégeant au CHSCT
CGT	1 représentant CFDT siégeant au CHSCT
FO	1 représentant CFDT siégeant au CHSCT

Certaines des missions du comité de pilotage concernent directement l'activité du soumissionnaire. On citera ainsi :

- ❖ La validation du plan d'actions
- ❖ Le suivi de sa mise en œuvre
- ❖ La sélection et le suivi d'indicateurs et de critères d'évaluation

5.2. Le calendrier prévisionnel

- La phase de négociation avec les prestataires candidats est prévue entre le 16 et le 30 septembre. La notification est alors établie dans les premiers jours d'octobre.
- L'audit préliminaire a lieu au mois d'octobre et nécessite au moins 10 jours d'intervention. Il doit être achevé au 31 octobre, y compris dans le cas où le marché aurait été notifié au 10 du même mois.
- Le document écrit synthèse de l'audit doit être rendu avant le 15 novembre.
- La phase de rédaction du plan d'actions court sur les mois de novembre et décembre 2006. Le soumissionnaire doit dégager au moins 5 jours afin de participer aux travaux des groupes projet et pilotage.
- La réalisation du plan d'actions se déroule du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007. Les actions envisagées devront être réparties de manière équilibrée sur toute cette période. Cette phase impose a minima 52 journées de travail sur site, dont au moins une, en fin d'année, consacrée à l'évaluation de la démarche.

Le soumissionnaire s'engage à déléguer aux mêmes intervenants la conduite de chacune des phases du projet.

Il fournira un diagramme de Gantt retraçant son propre calendrier prévisionnel.

5.3. Le budget prévisionnel

La présente démarche étant subventionnée par le Fonds National de Prévention des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles, aucune proposition se situant au-delà du montant des fonds accordés ne pourra être recevable.

En cas de modification du montant de la subvention, le Centre Hospitalier se réserve le droit, jusqu'à 6 jours avant la date limite de remise des offres, de modifier le montant de ce seuil.

Celui-ci est aujourd'hui fixé à **80 000 euros**.

6. Jugement des offres

Le jugement des offres se fera selon les critères ci-après classés par ordre de pondération décroissante, permettant d'apprécier la convergence vers les objectifs visés au **chapitre 4** du présent document.

1. Qualité technique de l'offre : 40%

- Modalités pratiques de la mise en œuvre du service (nombre de journées d'intervention pour chaque phase, composantes de l'audit préliminaire, mode de déroulement des suivis de terrain, modalités de coopération avec les groupes de travail internes, etc.)
- Qualité du dossier (richesse et originalité des propositions d'actions)

2. Qualité financière de l'offre : 30%

- Coût d'une journée d'intervention

3. Capacité du soumissionnaire à fournir le service 30%

- Références présentées dans un domaine similaire à celui de la présente consultation. Le soumissionnaire et les intervenants qu'il délègue doivent justifier d'une expérience semblable dans cette discipline et expliquer leur méthode.
- Moyens matériels et humains pour l'exploitation et la supervision du service.

7. Confidentialité – Secret professionnel

7.1. Obligation de discrétion

Le titulaire qui, soit avant la notification du marché, soit au cours de son exécution, a reçu du Centre Hospitalier communication de renseignements, documents ou objets quelconques, est tenu de maintenir confidentielle cette communication. Ces renseignements, documents ou objets ne peuvent, sans autorisation expresse du Centre Hospitalier être communiqués à des tiers.

Le Centre Hospitalier s'engage à maintenir confidentielles les informations, signalées comme telles, qu'il aurait pu recevoir du titulaire.

7.2. Sanctions

En cas de violation par le titulaire des obligations mentionnées ci-dessus, et indépendamment des sanctions pénales éventuellement encourues, le titulaire s'expose à l'application des mesures de résiliation à ses torts prévues à l'article 14 du présent CCP.

8. Modalités d'établissement des prix

Pour chaque prestation, il sera précisé :

- les prix hors TVA,
- les prix TVA incluse au taux légal en vigueur à la date d'établissement de l'offre,

Les prix proposés par le soumissionnaire sont fermes. Le contenu des prix est réputé comprendre toutes les charges fiscales, parafiscales ou autres frappant les fournitures ainsi que tous les frais afférents à la réalisation des prestations connexes au marché (documentations, outils logiciels, frais de déplacement, hébergement, repas, formation etc.).

9. Pénalités de retard

Dans le cas où le titulaire ne respecterait pas ses obligations contractuelles en matière de délais et après une mise en demeure adressée par lettre recommandée restée sans effet durant deux semaines, le Centre Hospitalier peut lui réclamer des indemnités de 10 % par jour de retard sur la base du tarif journalier.

Le titulaire est tenu au paiement de ces pénalités, sauf à pouvoir invoquer une cause légitime de retard qui ne lui soit pas imputable et qui soit acceptée par le Centre Hospitalier.

10. Résiliation et exclusion

Le marché pourra être résilié selon les modalités contenues dans le Cahier des Clauses Administratives Générales applicables aux marchés de fournitures courantes et de services.

Le titulaire sera alors informé de la fin anticipée du marché par lettre recommandée avec AR et aura 15 jours pour présenter ses observations également par courrier recommandé avec AR avant que la résiliation soit définitive.

11. Annexes techniques

11.1. La présentation générale de la collectivité

- rapport de gestion 2005

11.2 La présentation de la politique gestion des risques

- organisation générale de la politique qualité et gestion des risques au CH de Dax
- organigramme de la gestion des risques
- bilan du plan d'actions gestion des risques 2005
- plan d'actions gestion des risques 2006-2007

11.3 Les données santé et sécurité au travail

- bilan social 2005
- présentation de la commission des inaptitudes
- présentation de la commission d'analyse des accidents du travail par la méthode de l'arbre des causes

Annexe 3 Budget de la DLP

Rubrique de dépenses	Coûts externes	Coûts internes							Total en €
		Groupe projet	Comité de pilotage	Commission des inaptitudes	Commission arbre des causes	Secrétariat (1h pour 1h de réunion)	Cellule des marchés publics	Autres	
	Consultant ergonome 1er devis à 880 euros la journée + TVA 19,6%	185 euros de l'heure	760 euros de l'heure	320 euros de l'heure	199 euros de l'heure	18 euros de l'heure	32 euros de l'heure		
Investigation, recueil de données, montage du dossier de candidature. mai/juin 2006		50 heures de travail soit 9250 euros	5 heures de travail soit 3800 euros			55 heures de travail soit 990 euros		Réunion de service DRH 2h soit 472 euros	14512 euros
Analyse, élaboration du plan d'actions octobre/déc 2006	14 jours de travail soit 14735 euros	50 heures de travail soit 9250 euros	8 heures de travail soit 6080 euros	6 heures de travail soit 1920 euros	6 heures de travail soit 1194 euros	70 heures de travail soit 1260 euros	12 heures de travail soit 384 euros	Réunion de service DRH 4h de travail soit 944 euros Intervention ergonome de l'établissement 30h de travail soit 846 euros	36613 euros
Réalisation janvier 2007/déc 2007	60 jours de travail soit 63149 euros	28 heures de travail soit 5180 euros	15 heures de travail soit 11400 euros	26 heures de travail soit 8320 euros	30 heures de travail soit 5970 euros	99 heures de travail soit 1782 euros		Réunion de service DRH 6h de travail soit 1416 euros	97217 euros
Evaluation janvier 2007/décembre 2009	2 jours de travail soit 2105 euros	10 heures de travail soit 1850 euros	6 heures de travail soit 4560 euros			16 heures de travail soit 288 euros			8803 euros
Communication interne, dialogue hiérarchique et dialogue social								Communication interne et dialogue social 24h de travail soit 4968 euros	4968 euros
Total en €	79989 euros	82124 euros							162113 euros

Annexe 4

Critères et indicateurs de suivi de la DLP

Objectif >>>> Préciser les critères et indicateurs (qualitatifs et/ou quantitatifs) qui permettront de mesurer :

- l'état d'avancement de la DLP
- l'impact de la démarche sur la problématique traitée

1 Sur l'état d'avancement de la DLP

Le comité de pilotage estime qu'il est encore trop tôt pour dégager des indicateurs véritablement opérants sur ce thème. Ceux-ci seront déterminés lors de l'élaboration du plan d'action, l'expertise du cabinet d'ergonomes permettant alors d'ajouter à la pertinence des indicateurs sélectionnés.

2 Sur l'impact de la DLP

Le groupe projet a choisi de présenter un ensemble d'indicateurs permettant un comparatif de données, en amont et en aval de la DLP. Sans être exhaustif, ce listing est encore relativement fourni.

Conscient de la difficulté de suivre un tel nombre de données, le comité de pilotage se réserve la possibilité de hiérarchiser ces indicateurs et de n'en conserver que certains. Ce choix sera effectué lors de l'élaboration du plan d'actions, ici encore avec l'aide du cabinet de consultants ergonomes sélectionné.

Ces indicateurs ont été regroupés en 5 tableaux de bord thématiques :

- **Un tableau de bord comparant les grandes données RH relatives aux conditions de travail et aux AT/MP avant et après la DLP, et permettant de constater :**
 1. L'évolution du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles
 2. L'évolution du nombre d'AT/MP avec arrêt
 3. L'évolution du nombre d'AT/MP manutention avec arrêt
 4. L'évolution du nombre d'AT/MP avec arrêt de plus de 7 jours

5. L'évolution du nombre d'AT/MP manutention avec arrêt de plus de 7 jours
 6. L'évolution du nombre d'AT/MP avec arrêt de plus d'1 mois
 7. L'évolution du nombre d'AT/MP manutention avec arrêt de plus d'1 mois
 8. L'évolution du nombre de journées perdues pour AT/MP
 9. L'évolution du nombre de journées perdues pour AT/MP manutention
 10. L'évolution du taux de fréquence et de gravité des AT
 11. L'évolution du taux de fréquence et de gravité des AT manutention
 12. L'évolution de la nature des accidents du travail (manutention, exposition au sang etc.)
 13. L'évolution de la nature des services lieux de ces accidents
 14. L'évolution des catégories de personnel touchées
 15. L'évolution de l'âge moyen des accidentés
 16. L'évolution de l'expérience professionnelle moyenne des accidentés
 17. L'évolution des causes de mise en maladie professionnelle
 18. L'évolution de l'inscription de l'amélioration des conditions de travail au sein du projet social et des objectifs de l'encadrement
- **Un tableau de bord comparant les indicateurs relatifs à la formation sur la prévention des risques professionnels avant et après la DLP et permettant de constater :**
 1. L'évolution de la nature et de la fréquence des formations prévention des risques professionnels
 2. L'évolution de la fréquentation de ces formations notamment les modules manutention
 3. L'évolution de l'évaluation de ces formations par les agents
 4. L'évolution du nombre d'agents victimes d'un accident de manutention qui n'ont pas participé à une formation manutention
 5. L'évolution des caractéristiques des stagiaires (catégorie de personnel, service, âge etc.)

- **Un tableau de bord analysant l'accompagnement des retours au travail après AT/MP avant et après la DLP, et permettant de constater :**

1. Le nombre d'agents bénéficiant d'un suivi personnalisé à leur retour
2. Le nombre d'agents dont le poste a été aménagé à leur retour
3. L'évolution du nombre de postes dits aménagés sur l'établissement
4. L'évolution du nombre d'agents placés sur des postes aménagés
5. L'évolution du nombre de rechutes d'AT
6. L'évolution du nombre de rechutes pour les agents qui ont été accompagnés lors de leur retour
7. L'évolution du degré de formalisation des critères et procédures d'attribution des postes aménagés

- **Deux tableaux de bord à la structure identique, comparant pour l'un les données relatives à l'activité de la commission des inaptitudes avant et après la DLP, pour l'autre celles concernant le travail de la commission d'analyse des accidents par l'arbre des causes avant et après la DLP, et permettant de constater :**

1. L'évolution du nombre de cas traités
2. L'évolution de la nature des cas traités
3. L'évolution de la nature des propositions effectuées
4. L'évolution de la nature des actions effectivement mises en œuvre suite au travail de chacune des commissions
5. L'évolution du degré de formalisation des processus d'accompagnement vers le retour au travail coordonnés par la commission des inaptitudes

- **Un tableau de bord comparant les indicateurs analysant la politique de l'établissement à l'égard des travailleurs handicapés avant et après la DLP, et permettant de constater :**

1. L'évolution du degré de connaissance de ces effectifs par la DRH et la médecine du travail
2. Le nombre et la nature des postes recensés et analysés par le cabinet de consultants ergonomes, sur lesquels des agents handicapés pourraient être prioritairement affectés
3. Le nombre d'agents handicapés effectivement placés sur ces postes
4. L'évolution du nombre d'agents handicapés placés sur des postes aménagés