



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**Contribution du directeur des soins à
l'intégration des professionnels
paramédicaux présentant des
restrictions médicales**

Chantal GOURRAUD

Remerciements

Nous adressons tous nos remerciements aux professionnels interviewés pour leur coopération et leur disponibilité.

Nous remercions l'ensemble des intervenants de l'EHESP pour la qualité de leur accompagnement.

Nous remercions Eric, Jean-Pierre, Patrick, Philippe, pour leur bienveillance et leur esprit de solidarité.

Un merci particulier pour ma relectrice attentive qui se reconnaîtra.

Enfin, une tendre pensée pour Jérôme, Aurore et Anaïs qui ont cru en moi et m'ont donné un soutien sans faille.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1. APTITUDE, INTEGRATION ET INTERACTIONS SOCIALES AU TRAVAIL	5
1.1. Aptitude-inaptitudes : la place des restrictions médicales	5
1.1.1. Aptitude - Inaptitude	5
1.1.2. Aptitude avec réserves.....	6
1.1.3. Statut de la fonction publique hospitalière	7
1.2. Des acteurs clés au différentes étapes du processus	8
1.2.1. Le Directeur des Ressources Humaines	8
1.2.2. Le Médecin du Travail.....	9
1.2.3. Le Directeur des Soins.....	9
1.2.4. Les cadres de santé	10
1.3. Des instances et des dispositifs ressources	12
1.3.1. Le Comité d'Hygiène de sécurité et des conditions de Travail (CHSCT)	12
1.3.2. Le comité médical et la commission de réforme	12
1.3.3. Le Poste aménagé	13
1.3.4. Le temps partiel thérapeutique	14
1.3.5. Bilan social et projet social.....	14
1.3.6. Le Document unique	15
1.3.7. Projet Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail : PAPRIPACT	16
1.4. L'intégration face aux représentations de la maladie	16
1.4.1. L'intégration	16
1.4.2. Le travail: lieu de socialisation secondaire	17
1.4.3. La maladie facteur de rôle social	18
1.4.4. La maladie sur le lieu de travail : des perceptions <i>a priori</i>	19
2. LES REPONSES DU TERRAIN	21
2.1. Méthodologie de l'enquête	21
2.2. Intérêts et limites de l'enquête.....	22

2.3.	Analyse documentaire	23
2.4.	Un dispositif inachevé	24
2.4.1.	Politique institutionnelle et organisation en construction	24
2.4.2.	Critères d'identification et signalement consensuels	25
2.4.3.	Des collaborations incertaines	27
2.4.4.	Des mesures d'intégration informelles et partielles	28
2.4.5.	La place transversale de la Direction des soins	29
2.4.6.	Des perceptions à risque.....	32
2.5.	Analyse croisée.....	33
2.6.	Validation des hypothèses.....	34
3.	PRECONISATIONS DU DIRECTEUR DES SOINS	36
3.1.	Le directeur des soins acteur politique et stratégique	36
3.1.1.	Construire une collaboration claire et reconnue avec le DRH.....	36
3.1.2.	Le projet social	37
3.1.3.	Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique	38
3.1.4.	Positionner la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques comme instance de réflexion sur la réintégration:.....	40
3.1.5.	Contractualiser avec les pôles	41
3.2.	Implication du directeur des soins dans le dispositif de gestion retenu par l'établissement	42
3.2.1.	Participation active à la commission dédiée	42
3.2.2.	Identifier le cadres de santé d'unité au cœur du dispositif	42
3.2.3.	Fiabiliser l'intégration des professionnels paramédicaux avec restriction d'aptitude.....	44
3.3.	Suivre et évaluer pour faire vivre.....	46
3.3.1.	Modalités de suivi,	46
3.3.2.	Modalités d'évaluation.....	46
	CONCLUSION	49
	SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE	51
	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

CH : centre Hospitalier

CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

CGS : Coordonnateur Général des Soins

CLD : Congé maladie Longue Durée

CLM : Congé Longue Maladie

CS : Cadre de Santé

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

CSS : Cadre Supérieur de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DRH : Directeur des Ressources Humaines

DS : Directeur des soins

FHP : Fonction Publique Hospitalière

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences

HPST : Hôpital Patients Santé territoire

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MT : Médecin du Travail

OS : Organisation Syndicale

PAPRIPACT : Projet Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

Introduction

L'état de santé des salariés est une des conditions à la performance de toute entreprise au point qu'à partir de 2005 dans le cadre du premier plan de santé au travail, il est devenu un réel enjeu de santé publique.

Les établissements de santé n'échappent pas à ce principe. Les réformes hospitalières des dernières décennies sont centrées sur la performance médico-économique. De plus, le recul de l'âge de la retraite impacte de plus en plus la pyramide des âges des professionnels paramédicaux.

Ces changements ont eu des conséquences sur les organisations, le management et les professionnels hospitaliers qui représentent un effectif global de 840 091¹ agents.

L'ensemble de ces éléments aiguise l'enjeu du maintien ou du retour à l'emploi des professionnels avec restrictions médicales d'aptitude afin de pouvoir bénéficier de toutes les ressources et particulièrement du potentiel humain qui constitue une richesse incontestable pour les établissements de santé.

Au cours de mon expérience antérieure, j'ai été surprise par les annonces tardives du retour d'un agent avec des restrictions médicales après une période de maladie. Ce contexte m'a confrontée à des situations humaines et de managements délicats. Que faire de l'aide-soignante disposant d'une aptitude au poste sans port de charges de plus de dix kilogrammes dans un service de médecine gériatrique ? Que proposer à l'ASH avec une aptitude lui interdisant de lever les bras au-dessus des épaules ? De manière générale, l'encadrement du service de l'agent concerné, dans l'établissement où j'exerçais, se retrouvait esseulé face aux modifications organisationnelles indispensables à mettre en œuvre en lien avec les réserves énoncées.

Le cadre juridique du reclassement des agents de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) pour raison de santé encadré par la loi du 9 janvier 1986 dans la section 3 du chapitre V aux articles 71 à 76 : *«lorsque les fonctionnaires sont reconnus, par suite d'altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leurs fonctions, le poste de travail auquel ils sont affectés est adapté à leur état physique. Lorsque l'adaptation du poste de travail n'est pas possible, ces fonctionnaires peuvent être reclassés dans des emplois d'un autre corps, s'ils sont déclarés en mesure de remplir les fonctions*

¹ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, politiques et pratiques des ressources humaines, faits et chiffres, , édition 2012, p 252.

*correspondantes. Le reclassement est subordonné à la présentation d'une demande par l'intéressé*².

Le décret 86-376 du 08 juin 1989, pris par la section sociale du Conseil d'Etat, définit juridiquement la notion de poste aménagé. L'article 1 stipule *«lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure d'exercer ses fonctions, de façon temporaire ou permanente, et si les nécessités de service ne permettent pas un aménagement des conditions de travail, l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis du médecin du travail, dans l'hypothèse ou l'état du fonctionnaire n'a pas nécessité l'octroi d'un congé maladie, ou du comité médical, si un tel congé a été accordé, peut affecter ce fonctionnaire dans un poste de travail correspondant à son grade dans le quel les conditions de service sont de nature à permettre à l'intéressé d'assurer ses fonctions»*.

Au niveau national, 6 % des salariés sont touchés par une inaptitude totale ou partielle. Une enquête de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) de 2010 pose plusieurs constats : le nombre d'avis d'inaptitude représente 0,2 % des effectifs, une adaptation du poste de travail correspond à 0,7 % des effectifs, enfin les reclassements concernent 0,10 % de l'effectif.³

Par ailleurs, l'absentéisme en 2010 se situe entre 9 et 14 % de la masse salariale et montre également une augmentation de la gravité des arrêts avec une évolution de plus de 8% des maladies ordinaires. Le surcoût direct annuel moyen est estimé par agent titulaire entre 2589 et 3640 euros selon la taille de l'établissement⁴.

Dans notre établissement d'origine en 2012, sur un effectif en personnels soignants non médicaux de 1880 personnes, 1,8 % des agents étaient en congés longue maladie (CLM) ou congés maladie longue durée (CLD). La tranche d'âge la plus touchée est celle de 51/55 ans. Les médecins du travail avaient émis 104 avis de restrictions médicales temporaires et 34 définitives. De plus, 19 agents ont bénéficié d'aménagement de poste.

² Décret n°89-376 du 8 juin 1989 pris pour application de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé.

³ KRYNEN B. YENI I, FOURNALES R, Décembre 2012, *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour raison de santé*, Rapport de l'inspection générale des affaires sociale et de l'inspection générale de l'administration, p 42.

⁴ HEMERY P. 28/11/2012, *Jusqu'à 14% d'absentéisme pour raison de santé dans les hôpitaux*, HOSPIMEDIA.

Au-delà des conséquences quantitatives en termes d'effectif, le coût humain n'est pas négligeable pour les personnes concernées : la souffrance physique, la dégradation de l'état de santé, la perte de l'estime de soi et l'impact sur la vie privée sont fréquemment exprimés.

Pour les structures, de nombreuses incidences existent telles que la baisse de la qualité du service rendu, la désorganisation des équipes, la dégradation du climat social.

L'article 4 du décret du 29 septembre 2010 indique que le directeur des soins *«participe, en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement, à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins»*⁵. En complément, dans la rubrique « relations transversales » du directeur des soins de la seconde édition du répertoire des métiers de la Fonction publique Hospitalière, il est précisé *«Le service de médecine et santé au travail dans le cadre des conditions de travail et de l'aménagement des postes pour les personnels»*⁶. Pour effectuer ces missions, le directeur des soins se doit d'accompagner l'évolution des structures et des compétences des professionnels. Dans ce cadre, il est positionné comme le garant des équilibres entre collectif, individuel et éthique en prévenant les risques de mise à l'écart favorisés par les contraintes médico-économiques. A ce titre que le directeur des soins a à s'intéresser à la politique de maintien et retour à l'emploi des professionnels paramédicaux avec restrictions d'aptitude.

Les incidences sur l'établissement relèvent de sa fonction. En tant que membre de la Direction, il est impliqué dans la politique et la stratégie de l'établissement, notamment, en participant à la préparation du projet social et en s'assurant de son déploiement dans les pôles en collaboration avec le Directeur des Ressources Humaines.

Enfin, le projet de soins peut être un support de mobilisation des acteurs paramédicaux autour de cette thématique. Il permet notamment de poser un socle de valeurs éthiques. C'est un des volets constitutifs du projet d'établissement qui constitue une interface avec le projet médical, le projet social et le projet qualité gestion des risques en particulier. A ce titre, il est un outil managérial essentiel pour le directeur des soins.

Notre expérience professionnelle complétée par les constats nationaux et le contexte médico-économique des établissements de santé nous amène à étudier la question suivante :

⁵ Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

⁶ Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, presses de l'EHESP, ministère de la santé et des sports, 2^{ème} édition (éditer en septembre 2009 sous la responsabilité de la Direction Générale de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins)

Quelle est la contribution du directeur des soins dans la politique de gestion des professionnels avec restrictions médicales ?

Il s'agit de vérifier les hypothèses suivantes :

- La formalisation d'une politique en matière de gestion des professionnels avec restrictions d'aptitude est un facteur de réussite.
- La gestion des professionnels avec restrictions d'aptitude nécessite sur une collaboration entre le directeur des ressources humaines, le médecin du travail et le directeur des soins.
- Les modalités d'intégration des professionnels avec restrictions d'aptitude sont peu déployées.
- Le directeur des soins est un acteur stratégique qui influence la gestion des professionnels avec restrictions d'aptitude.
- Les représentations des professionnels avec restrictions et des équipes influencent l'intégration de ces agents.

Pour explorer ces hypothèses, nous avons menés des entretiens auprès de membres de la direction des soins, de directeurs des ressources humaines, de médecins du travail, d'une assistante sociale du personnel et de professionnels avec restrictions médicales dans deux centres hospitaliers de tailles et de régions différentes.

Dans une première partie de notre travail, nous définirons les notions socles de notre travail.

Nous décrirons dans la seconde partie l'enquête sur le terrain, sa méthodologie et nous donnerons à voir les résultats de ces investigations à la lumière de nos lectures.

Enfin, dans le dernier chapitre, nous présenterons des préconisations pour un directeur des soins souhaitant s'inscrire dans une démarche d'accompagnement du maintien et retour au travail des professionnels paramédicaux avec restrictions médicales.

1. APTITUDE, INTÉGRATION ET INTERACTIONS SOCIALES AU TRAVAIL

Il nous semble opportun de conduire la réflexion à mener en clarifiant quelques notions en lien avec notre thématique de recherche. En premier lieu, les concepts d'aptitude, inaptitude seront définis puis nous aborderons l'identification des acteurs clés, des outils et des instances recours dans un dispositif de gestion des personnels avec des restrictions médicales et terminerons par une approche sociologique de l'intégration d'un professionnel avec restriction

1.1. Aptitude-inaptitudes : la place des restrictions médicales

1.1.1. Aptitude - Inaptitude

La notion d'aptitude au travail est apparue au début du XIX^{ème} siècle au sein de l'armée puis de l'industrie. Elle a pour fondement d'éviter le recrutement de salariés présentant des risques majorés d'accident ou de maladie professionnelle.

La médecine du travail est issue de ce principe mais elle voit à la période de l'après-guerre ses contours d'exercice s'élargir aux domaines de la surveillance médicale et de la prévention.

Dans la FHP, il existe deux temps relatifs à l'aptitude médicale : l'aptitude à la fonction et l'aptitude au poste. L'aptitude à la fonction s'appuie sur la délivrance d'un certificat d'aptitude par un médecin agréé. Il s'agit d'un praticien généraliste inscrit sur une liste départementale établie par le Préfet. La loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires stipule que « *nul ne peut être fonctionnaire s'il ne remplit pas les conditions d'aptitude physique requises pour l'exercice de sa fonction* ».

Ainsi, en vertu de l'article 10 du décret du 19 avril 1988, le postulat à un emploi de la FHP est que le candidat doit fournir un certificat médical délivré par le médecin agréé attestant qu'il « *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* ».

Au final ce dispositif relève souvent d'une formalité au regard du faible taux de rejet des candidatures à ce stade. L'aptitude médicale au poste est identifiée dans le décret du 19 août 1985 comme l'élément central de la visite d'embauche. Elle relève de la

compétence du médecin du travail (MT). Pour cela, il doit disposer d'un niveau de connaissance suffisant des postes de travail de l'établissement.

Le médecin du travail évalue cette aptitude tout au long de la carrière lors des visites médicales de suivi, des visites de reprise. Les conclusions de cette évaluation se posent en six niveaux :

- 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.

L'inaptitude à tout poste relève quant à elle de la commission de réforme.

1.1.2. Aptitude avec réserves

L'aptitude et l'inaptitude ne sont pas des notions alternatives: ne pas être apte (sans réserve) ne signifie pas être inapte. Un certain nombre de restrictions temporaires ou définitives peuvent accompagner un avis médical sans que cela conduise l'agent à une inaptitude. Nous sommes bien dans la différence entre l'aptitude au poste et l'aptitude à la fonction. L'avis de restriction d'aptitude est émis par le médecin de santé au travail. Il prend en compte les capacités physiques et psychiques de la personne examinée. La fiche d'aptitude ou d'inaptitude rédigée par le médecin du travail contient les préconisations, recommandations initialement temporaires, le plus souvent.

L'article 1^{er} de l'arrêté du 11 juin 1990 ⁷ précise que «*la fiche d'aptitude établie par le médecin du travail après chaque examen en application de l'article R.242-23 comportent les indications suivantes: conclusions de l'examen, contre-indications, recommandations*» concernant l'affectation éventuelle à certains postes de travail. Le médecin du travail doit se prononcer sur l'aptitude au poste proposé en mesurant l'adéquation entre l'état de santé du salarié et les contraintes du poste.

Pour les agents en restriction d'aptitude, nous évoquons donc plus facilement l'aménagement de poste, et pour les agents en inaptitude au poste nous parlons de reclassement et donc d'adaptation des conditions de travail. Effectivement, les agents

⁷ Arrêté du 11 juin 1990 relatif à la fiche d'aptitude établie à l'issue des examens médicaux par le médecin du travail des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

avec une inaptitude au poste sont considérés depuis la loi du 26 janvier 1984 comme agents bénéficiaires de l'obligation d'emploi (6% des effectifs), c'est-à-dire l'état de la personne qui n'est pas ou plus apte à l'exercice d'une activité donnée. L'intensité et la forme de l'inaptitude au poste la rendent définitive ou temporaire selon que les symptômes subis par le professionnel sont d'ordre aiguë ou chronique et incompatibles avec son exercice professionnel. Cette inaptitude se détermine donc à partir d'une activité professionnelle donnée et ne conduit pas systématiquement à une inaptitude totale et définitive au travail.

1.1.3. Statut de la fonction publique hospitalière

La loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions particulières à la FHP fait des professionnels hospitaliers non médicaux des fonctionnaires hospitaliers. Ils bénéficient en conséquence d'une garantie d'emploi. Les dispositions législatives et réglementaires cadrent leur gestion. Le licenciement est extrêmement rare car il requiert des conditions extrêmes et nécessite la preuve de la responsabilité propre de l'agent ou une insuffisance professionnelle avérée et signifiée.

Le directeur de l'établissement dispose du pouvoir de nomination et d'affectation. A ce titre, il a le devoir de proposer un poste de travail en adéquation avec l'état de santé du professionnel. Il nous paraît important face à cette sémantique de clarifier les termes de profession, corps, grade, emploi, métier et poste de travail.

La profession est «*l'ensemble des métiers, souvent constitué en corps, avec des règles, une déontologie, une qualification de base, permettant de renforcer le sentiment d'appartenance : la profession d'avocat, de commerçant, d'enseignant, artiste, pharmacien...*».⁸

Le corps regroupe l'ensemble des grades soumis aux mêmes statuts et de la même catégorie.

Le grade est un titre qui donne droit à son titulaire d'accéder à un emploi qui lui correspond. Le fonctionnaire est donc titulaire d'un grade auquel des échelles indiciaires et des échelons sont associés.

L'emploi est rattaché à 2 aspects. L'un relatif au contenu professionnel et à la durée d'exercice, l'autre pécuniaire s'appuie sur l'existence d'un budget pour rémunérer l'agent.

⁸ ROBIN SANCHEZ N, juin 2014, cours « GRH et GPMC », EHESP

Le métier est une notion plus récente à la FPH. Elle se construit autour de 4 axes : la technicité, les informations reçues et traitées, les relations et la contribution économique. Il correspond à l'ensemble des activités professionnelles, regroupant des postes, des spécialités, ou des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences.

Le poste de travail est repéré par son lieu d'exercice, sa qualification et ses horaires.

Ainsi, il est habituel d'exercer un emploi sur des postes de travail différents au cours de sa carrière. Dans le cadre d'une inaptitude, il est essentiel de savoir si celle-ci s'applique au poste de travail, à l'emploi ou à la fonction.

1.2. Des acteurs clés au différentes étapes du processus

Au sein des établissements de santé, la gestion des professionnels nécessite l'intervention de plusieurs acteurs. Chacun aborde la démarche dans son domaine d'exercice et sa qualité dépend de leur coordination.

1.2.1. Le Directeur des Ressources Humaines

La gestion des ressources humaines est le domaine privilégié des Directeurs des Ressources Humaines (DRH). Elle peut se diviser en 2 catégories :

- l'administration des ressources humaines (paie, droits du travail, contrat de travail...),
- le développement des ressources humaines au travers de la gestion des carrières, la Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences (GPMC), le recrutement, la gestion collective et individuelle.

L'enjeu stratégique de la gestion des ressources humaines est d'utiliser de manière optimale et anticipatrice les ressources humaines caractérisées par leurs compétences. Sur les hôpitaux, le coût du titre 1 relatif aux dépenses en personnel représente près de 70 % des budgets hospitaliers. L'enjeu de la gestion du personnel est donc un enjeu essentiel. Le DRH a donc une fonction très stratégique dans l'établissement tant en terme d'immédiateté que de perspectives d'évolution et d'anticipation.

1.2.2. Le Médecin du Travail

Le Médecin du Travail (MT) relève d'un statut contractuel de droit public qui contribue au maintien de son indépendance. Il a une mission de protection individuelle et collective afin de pallier toute atteinte à la santé du fait du travail. Il participe au Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et apporte conseil au directeur, aux personnels, aux représentants du personnel. Il contribue à l'évaluation et à la prévention des risques professionnels. Il a un double rôle clinique et ergonomique. Le médecin du travail assure le suivi individuel des agents au travers des visites médicales qu'elles soient d'embauche, périodiques, de reprise du travail ou lors d'exams complémentaires et de vaccinations. Il délivre des avis d'aptitude médicale au poste de travail et est également habilité à donner des avis relatifs aux aménagements individuels et collectifs des postes de travail. Il est lié par le secret professionnel et ne peut pas inscrire de diagnostic sur la fiche d'aptitude

1.2.3. Le Directeur des Soins

Le Directeur des Soins (DS) a un rôle déterminant dans la gestion des ressources humaines soignantes. Responsable de l'organisation et de la mise en œuvre des activités de soins, il peut rencontrer des problématiques relatives aux ressources humaines d'ordre quantitatif ou qualitatif. Il travaille sur ces thèmes en collaboration avec le directeur des ressources humaines qui est son interlocuteur privilégié pour les personnels paramédicaux relevant du titre IV de la FPH. Son expertise soignante sera un atout dans l'élaboration du projet social et la gestion des dossiers individuels notamment. Garant de la qualité et la sécurité des soins, il veille à l'adéquation des compétences des soignants dès le recrutement et tout au long de leur carrière par rapport aux activités réalisées dans l'établissement.

La réglementation met en évidence l'implication du directeur des soins dans la gestion des ressources humaines des professionnels paramédicaux. Elle légitime son action, et induit un partenariat avec le directeur des ressources humaines afin de coordonner leur domaine d'intervention.

Ce partenariat dépend d'un certain nombre de facteurs: l'histoire de l'établissement, la place de la direction des soins, le niveau de délégation aux cadres de pôle...

1.2.4. Les cadres de santé

La mise en place de la gestion polaire différencie deux métiers chez les cadres de santé (CS): les cadres de santé assistants de pôle et les cadres de santé gestionnaires d'unité. Nous nous sommes notamment appuyés sur les fiches métiers de la FHP, pour mettre en exergue les missions et activités de ces deux acteurs.

Le cadre de santé assistant de pôle :

Depuis la loi Hôpital Santé Patient Territoire, le pilotage des pôles est assuré par un chef de pôle (médecin) qui peut s'entourer d'un ou plusieurs collaborateurs. Issu de la nouvelle gouvernance de 2005, le cadre de santé assistant de pôle, est donc un collaborateur du chef de pôle.

Cadre de santé (CS) ou Cadre Supérieur de Santé (CSS), selon l'organisation retenue sur l'établissement, il a pour missions de *«décliner le projet de soin institutionnel au sein du pôle, en relation avec le chef de pôle. Planifier, organiser et coordonner les soins / les activités d'un pôle, en veillant à l'optimisation des moyens et équipements dédiés, dans le respect des contraintes.... Mettre en œuvre l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles du pôle»*⁹.

Le positionnement stratégique de cette fonction varie selon l'établissement, selon le niveau de délégation de gestion mis en œuvre. Cependant, certaines activités sont des constantes telles que la coordination et le suivi de la prise en charge, des prestations, l'élaboration et la mise en place de l'organisation des services dans son domaine d'activité. L'encadrement d'équipe, la gestion et le développement des personnels, la gestion des moyens et des ressources techniques, financières, humaines, d'information, la planification des activités et des moyens, le contrôle et le reporting sont usuellement retrouvés comme les attendus des CS assistant de pôle. L'efficacité de l'utilisation des ressources humaines constitue l'un des objectifs du cadre de santé assistant de pôle, dans la mesure où les compétences et les effectifs sont des thématiques majeures dans le management du pôle.

La question de l'intégration des professionnels avec restrictions d'aptitude rentre pleinement dans le champ de leurs activités. Toute la difficulté pour eux, est de pouvoir concilier l'accueil de ces professionnels et la performance.

⁹ Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, presses de l'EHESP, ministère de la santé et des sports, 2^{ème} édition (édité en septembre 2009 sous la responsabilité de la Direction Générale de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins)

Afin de mener à bien leurs activités, ils collaborent avec une équipe de cadres de santé gestionnaires d'unité.

Le cadre de santé gestionnaire d'unité :

Le cadre de santé, parce qu'il fait le lien entre l'équipe soignante, les médecins et l'administration du monde hospitalier occupe une place particulière dans l'unité de soins. Selon la fiche métier du répertoire des métiers de la FPH, le cadre de santé «*organise l'activité paramédicale, anime l'équipe et coordonne les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations*». Dans ce but, il encadre les équipes et assure la gestion des ressources humaines notamment. Il doit évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs. Présent au quotidien dans les unités des soins, il est l'observateur de proximité des activités, attitudes, comportements des professionnels et de la dynamique d'une équipe.

En tant que membre de la direction des soins, il est le relais du directeur des soins au plus près du terrain. De par sa position, il est l'interlocuteur privilégié des personnels et de la direction dans la gestion des personnels. Il a un rôle important d'alerte face à un professionnel en difficulté tant dans l'identification précoce que dans l'accompagnement du professionnel lors de sa reprise du travail.

Comme nous venons de l'aborder, la gestion des personnels avec restrictions d'aptitude amène à collaborer avec différents acteurs dont les enjeux et les représentations peuvent être différentes. Notre approche n'est pas exhaustive. Effectivement les partenaires sociaux, les ergonomes, les psychologues du travail peuvent également être des interlocuteurs dans cette démarche. Cependant, les établissements de santé disposent d'instances et de dispositifs impliqués dans ce dispositif que nous allons aborder.

1.3. Des instances et des dispositifs ressources

Au-delà des acteurs, les établissements de santé disposent d'instances et des dispositifs dans la gestion des personnels en restriction d'aptitude

1.3.1. Le Comité d'Hygiène de sécurité et des conditions de Travail (CHSCT)

Le CHSCT a été institué par la loi 82-1097 du 23 décembre 1982. Il est obligatoire pour tout établissement de santé privé ou public de plus de 50 salariés. Il est présidé par le directeur de l'établissement ou son représentant. Les membres qui le composent sont désignés par les organisations syndicales compte tenu des résultats du scrutin du Comité Technique d'Etablissement. Des membres sont présents à titre consultatif au regard de leur expertise tels que le médecin du travail, le directeur des ressources humaines, le directeur des soins...

Instance consultative interne de l'établissement de santé, il se réunit au moins une fois par trimestre et à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves ou bien à la demande d'au moins deux de ses membres représentant le personnel. Il a pour mission la surveillance et l'alerte en matière d'hygiène et de sécurité dans les établissements de santé.

Il est consulté sur les thématiques organisationnelles, les conditions de travail et les risques professionnels. Le CHSCT a un rôle de conseil et de formulation de proposition. Il peut émettre un droit d'alerte et demander un audit sur les problématiques relevant de ses missions.

1.3.2. Le comité médical et la commission de réforme

Le comité médical a plusieurs missions. Il émet un avis relatif aux contestations d'ordre médical sur l'accès à l'emploi, sur l'octroi ou le renouvellement de congé maladie, sur la réintégration d'un agent après un congé maladie. Il est départemental.

La commission de réforme est obligatoirement consultée sur les congés de longue maladie et de longue durée, sur l'attribution du congé d'invalidité aux fonctionnaires réformés de guerre, sur l'attribution et le taux d'invalidité de l'allocation temporaire d'invalidité, sur la mise en disponibilité d'office pour raisons de santé et plus généralement sur toute application des dispositions du Code des pensions en matière d'invalidité.

Depuis le décret n° 2008-1191 du 17 novembre 2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur dans la fonction publique de l'Etat, dans la

fonction publique territoriale et dans la fonction publique hospitalière, la commission de réforme n'est pas consultée lorsque l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est reconnue par l'administration.

Pour les hospitaliers, cette commission de réforme comprend deux représentants des conseils d'administration des établissements de la FPH du département ; deux représentants du personnel appartenant au même grade que l'intéressé ; deux membres du comité médical départemental (les praticiens de médecine générale, et le cas échéant, le spécialiste qualifié, ils participent aux délibérations, mais ne prennent pas part au vote). La présence d'un spécialiste de la maladie en cause est nécessaire. La comparution d'un agent devant la commission de réforme est demandée soit par l'agent lui-même, soit par l'administration.

1.3.3. Le Poste aménagé

Dans l'article 1 du décret n°89-376 du 8 juin 1989¹⁰, il est prévu que *«lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure d'exercer de façon temporaire ou permanente et si les nécessités de service ne permettent pas un aménagement des conditions de travail, l'autorité investie du pouvoir de nomination après avis du médecin du travail... peut affecter un fonctionnaire dans un poste correspondant à son grade dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre à l'intéressé d'assurer ses fonctions»*.

En conséquence, l'attribution d'un poste aménagé n'est pas constitutive d'une inaptitude définitive. Cette démarche vise à favoriser l'expression des compétences de l'agent dans un contexte de travail en adéquation avec ses problèmes de santé.

Cet aménagement du poste de travail peut être mise en œuvre selon 3 modèles :

- allègement de la charge de travail au sein d'un même service ou dans un autre ; l'agent conserve son grade,
- modification des horaires de travail,
- changement de fonction ou reconversion. Il est alors définitif et relève d'une demande du fonctionnaire.

L'allègement ou l'adaptation du poste sont recherchés en priorité particulièrement dans le contexte d'une inaptitude temporaire.

¹⁰ Décret n°89-376 du 8 juin 1989 pris pour application de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé

1.3.4. Le temps partiel thérapeutique

Il est soumis à décision du comité médical qui autorise l'agent à reprendre ses fonctions à mi-temps avec une rémunération à temps plein. Il fait suite à un congé longue maladie ou congés maladie longue durée. Ce dispositif a pour objectif la réadaptation professionnelle progressive. Le médecin du travail peut progressivement l'augmenter afin de tester l'aptitude de l'agent à reprendre une activité à temps plein. C'est un temps important pour favoriser le retour au travail des agents avec restriction d'aptitude. Il peut être réalisé dans le service d'origine ou bien dans le service de prochaine affectation afin d'accompagner l'intégration. Il dure au maximum un an.

1.3.5. Bilan social et projet social

Le bilan social

Il a été créé par la loi 77-769 du 12 juillet 1977 et appliqué aux établissements de santé par le décret du 7 octobre 1988. Diverses instructions et circulaires dont la dernière en 2013 précisent ses objectifs et stipulent son contenu. C'est un outil d'aide au dialogue social, *«il récapitule dans un document unique les principales données chiffrées permettant d'apprécier la situation de l'hôpital dans le domaine social, il enregistre les réalisations effectuées et il mesure les changements intervenus au cours de l'année écoulée et des deux années précédentes»*.¹¹ Il donne de la visibilité, de l'information et pose la planification dans le domaine social. Il est rédigé annuellement et s'appuie sur le rapport d'activité du service de santé au travail. Il est arrêté par le directeur au 30 avril après avis du directoire. Il est présenté aux instances de l'établissement.

Le projet social

Instauré dans la loi de réforme hospitalière de 1991, l'obligation de rédiger un volet social est posée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002. Il doit contenir les spécificités des actions à conduire afin de garantir qualitativement et quantitativement les ressources humaines dont l'établissement a besoin pour atteindre ses objectifs.

Dans le méthodologique de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins, *«le projet social permet à chaque établissement de définir clairement sa politique de développement social et de fédérer l'ensemble des acteurs autour d'objectifs communs*

¹¹ CADHILLAC Xavier, Aout 2014, cours « le bilan social », EHESP

dans une culture d'établissement partagée. Il est par conséquent un outil incontournable de la réussite du projet d'établissement».

C'est un acte politique et de gestion interne structurant dans ses liens les autres projets constitutifs du projet d'établissement. Son impact dans le dialogue social est majeur. Il constitue la feuille de route de la gestion des ressources humaines. Il est construit à partir d'une démarche projet pluridisciplinaire et participative.

1.3.6. Le Document unique

La Loi n°91-1414 du 31/12/91 introduit dans le droit français l'obligation pour l'employeur de procéder à l'évaluation des risques. Son décret d'application (le Décret 2001-1016 du 5/11/01) porte création d'un document unique de transcription de l'évaluation des risques et la Circulaire n° 6 du 18/04/02 précise le contenu du document unique. Enfin, l'article L.230-2-II du Code du Travail énumère les 9 principes de prévention suivants.

- éviter les risques,
- évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités,
- combattre les risques à la source,
- adapter le travail à l'homme « postes-méthodes,
- tenir compte de l'évolution de la technique,
- remplacer ce qui est dangereux par ce qui ne l'est pas ou moins,
- planifier la prévention en y intégrant la technique, l'organisation et les conditions de travail ainsi que les relations sociales,
- évaluer les mesures de protection collectives / individuelles,
- donner les instructions appropriées.

Le décret précise que l'évaluation des risques identifiés doit se faire dans chaque unité de travail et doit être retranscrite dans un document unique qui sera mis à jour régulièrement et a minima annuellement ou lors de changements importants (conditions de travail, activités, réglementation, etc.) ou après le recueil d'informations importantes (accident du travail, etc.).

Le document unique doit être accessible aux instances représentatives du personnel, au service de santé au travail et aux personnels soumis à un risque.

1.3.7. Projet Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail : PAPRI Pact

Il est issu d'une obligation réglementaire de la loi du 31 décembre 1991¹². Il dresse la liste des actions à mener en matière de prévention en lien avec les ajustements du document unique et le bilan annuel de la situation générale de l'établissement en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail. Il comporte habituellement les orientations générales en matière de prévention des risques professionnels et les priorités du CHSCT pour l'année à venir, les mesures à réaliser pour l'année en cours, les mesures à programmer pour l'année suivante, les mesures rejetées et l'argumentation du rejet. Il est présenté au CHSCT pour avis qui détient la possibilité de poser un ordre de priorité des actions retenues voire de proposer des mesures complémentaires.

1.4. L'intégration face aux représentations de la maladie

Le statut, le cadre réglementaire, les acteurs, les instances et les dispositifs déployés pour la gestion des professionnels médicaux sont autant de moyens au service du maintien ou du retour à l'emploi. Cependant l'étape ultime de cette démarche est l'arrivée de l'agent au sein d'une unité de soins. C'est à cet instant que l'enjeu de l'intégration prend tout son sens c'est-à-dire la mise en adéquation de représentations parfois très antagonistes.

1.4.1. L'intégration :

Nous définirons l'intégration au travers des deux approches exposées dans le lexique des sciences sociales. Selon de Madeleine GRAWITZ, l'intégration peut s'appréhender autour de deux approches:

- l'approche sociologique qu'elle définit comme *« partie ou groupe s'insérant dans un tout (collectivité sociale plus vaste), mais à des degrés divers et de façon différente suivant les domaines »*. Cet axe nous apporte un éclairage qui reste toutefois flou au regard de notre thème de travail
- l'approche psychosociologie semble plus en adéquation avec notre travail *« à l'intérieur d'un groupe, l'intégration s'exprime par l'ensemble des interactions entre les membres, provoque un sentiment d'identification au groupe et à ses valeurs »*

¹² Loi n°91-1405 du 31 décembre 1991 relative à la formation professionnelle et à l'emploi.

Cette deuxième approche pose deux aspects de l'intégration :

- la notion d'interaction entre l'individu et le groupe,
- la notion d'identification au groupe.

A cette lumière nous pouvons faire le lien le concept d'intégration à celui de socialisation.

1.4.2. Le travail: lieu de socialisation secondaire

La socialisation définit le processus par lequel l'individu acquiert les valeurs, les normes et la culture d'une société. Ce processus s'effectue dans un premier temps au sein de la famille et de l'école dans le cadre de la socialisation primaire. Puis, il se poursuit tout au long de la vie par la socialisation secondaire à travers les activités professionnelles, les associations ou les médias. Pour Emile DURKHEIM, le processus de socialisation se décompose en deux temps :

- l'intégration par laquelle l'individu se sent solidaire des autres et des objectifs communs de la société,
- la régulation par laquelle l'individu accepte les règles, les usages et les contraintes de la vie sociale ce qu'il nomme «*l'intériorisation de la contrainte*».

L'intégration est un processus favorisant la socialisation qui n'est en rien un mécanisme uniforme, elle varie avec la diversité des groupes. Le lien social découle de la socialisation puisqu'il traduit l'ensemble des relations entre les individus.

Le développement de nos sociétés contemporaines a fait du travail un puissant facteur d'intégration sociale. D'une part, il apporte au travailleur une identité sociale et son appartenance à telle ou telle catégorie socioprofessionnelle participe à son identification. D'autre part, il est la base de la socialisation secondaire en permettant au professionnel de s'intégrer tout long de sa vie aux valeurs et à la culture de l'entreprise. Il développe son lien social dans les échanges avec ses collègues ou les liens qu'il peut entretenir avec eux. Au niveau individuel, il est également pourvoyeur d'ascension sociale par la formation ou la promotion et le salaire permet au professionnel de s'intégrer dans la société de consommation.

L'intégration constitue une démarche de socialisation secondaire. Le contexte particulier de notre travail, nous amène à aborder la dynamique des deux acteurs sociaux impliqués dans l'intégration: l'agent avec restriction médicales et les équipes.

1.4.3. La maladie facteur de rôle social

Pour PARSON «*être malade est un rôle social*» qui conduit à quatre obligations:

- ne pas travailler,
- accepter une aide,
- vouloir aller mieux,
- trouver un médecin et coopérer avec lui.

Il convient sur cette base de considérer la maladie et la santé comme des phénomènes sociaux au-delà d'une explication strictement organique. De ce fait, les croyances, valeurs et représentations particulières interfèrent sur la maladie au même titre que n'importe quel aspect de la vie sociale. Les représentations en tant qu'ensemble d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations dépendent du système social. Etre malade ou en bonne santé aura une signification différente selon le groupe social auquel nous appartenons. Ainsi, les représentations de la maladie seront très variables entre les professionnels et les patients. Certaines maladies peuvent avoir une représentation très négative : cancer du poumon, cirrhose du foie. Ces représentations peuvent avoir des incidences chez les soignants mais également chez les soignés avec des impacts sur la prise en charge ou l'observance thérapeutique.

Pour C. HERZLICH¹³ il existe «*une construction profane de la maladie*» dont les représentations ne s'expriment pas par le langage du corps mais celui du rapport de l'individu à la société. Il s'agit de mesurer l'impact de la maladie pour l'individu dans son rapport aux autres : inactivité, modification des modes de vie et de l'identité sociale.

Ses travaux apportent trois conceptions de la maladie :

- « *la maladie destructrice* » qui prive l'individu de ses activités et de ses rôles sociaux habituels. S'absenter de son travail pour des problèmes de santé quel que soit le motif est douloureux. A la souffrance liée à la maladie s'ajoute celle de ne plus être en mesure de jouer son rôle social de travailleur. La personne se sent angoissée, anéantie, inutile, coupable par perte de sa vie sociale. La destruction menace encore plus la personnalité que le corps. « *L'arrêt de travail comporte un aspect délétère puisqu'il isole, appauvrit, peut signifier l'inutilité et qu'en cas de dépression il constitue un facteur aggravant* »,¹⁴

¹³ HERLICH C. 1998. *santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Edition Broché.

¹⁴ ABOU-ANOMA G. SCHALLER A. septembre 2013, *Arrêt de travail : de l'analyse à la reprise*, Références en santé au travail n°135,p 97.

- « *la maladie libératrice* » qui libère de ses rôles sociaux devenus trop pesants et contraignants. L'attitude des autres est déterminante dans la conception positive ou non de la maladie,

- « *la maladie métier* » lorsque la personne atteinte de maladie grave organise toute sa vie autour de celle-ci afin de lutter activement contre elle. L'image de la personne est préservée autour d'une identité sociale de lutte contre la maladie. Il existe une possible reconstruction identitaire de malade pour l'entourage, les professionnels et l'intéressé.

Cette approche se retrouve également dans la synthèse d'une étude menée par un groupe d'étudiants de master 2 « stratégies de développement social » de l'université de Lille III de juin 2013. A travers ces éléments, nous percevons bien qu'il y aura une différence entre un état de santé recouvré et la capacité à travailler. L'état de santé nous renvoie à la conception organique alors que le retour au travail repose sur la capacité psychologique à reprendre sa place de travailleur.

Au regard de mon expérience antérieure, cela me permet de mieux comprendre aujourd'hui les diverses attitudes des agents avec restrictions d'aptitude que j'ai pu rencontrer.

1.4.4. La maladie sur le lieu de travail : des perceptions *a priori*

Comme l'expose Nicolas DODIER, c'est une «*interprétation a priori*» qui organise l'ensemble des signes reçus par les autres personnes et qui qualifient l'appartenance d'un comportement à une déviance accidentelle ou intentionnelle. Il s'agit d'un préjugé sur les causes du comportement individuel. Elle est très dépendante de l'histoire personnelle ou collective de chaque membre de l'équipe. «*L'interprétation a priori a des conséquences sur l'appréciation morale du comportement individuel*»¹⁵.

La perception de la réalité de la maladie influe sur l'acceptation du collègue malade et instaure dans la relation au travail une logique de confiance ou une logique de soupçon du collectif. Le choix de cette logique est très influencé par le cadre de travail plus ou moins modulable. D'autres critères viennent influencer ces logiques telles que le présentisme du salarié malade et sa capacité à réaliser son travail conformément aux normes, l'étiquette de la maladie c'est-à-dire sa visibilité et ses conséquences sur les

¹⁵ DODIER N. *La maladie et le lieu de travail*. *Revue française de sociologie*. 1983, 24-2. p 261.

activités. Ainsi un professionnel ayant une maladie peu visible qui impacte sur son efficacité au travail et lui génère des arrêts maladie fréquents subira une logique de soupçon de la part du milieu professionnel tant des collègues que des supérieurs hiérarchiques.

L'émergence de conflits est alors fréquente et provient des absences itératives ou de la baisse de la productivité individuelle. La nature des relations de l'agent est alors très dépendante de la qualité des relations antérieures.

La légitimité de l'arrêt de travail passe par le jugement des collègues et ce jugement marque le processus de réinsertion au travail. C'est pourquoi le regard de l'autre n'est pas sans effet sur le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle.

Cette dimension nous permet de percevoir que l'aspect organique de la maladie n'est pas le seul élément à prendre en considération dans une démarche de gestion des personnels avec restrictions d'aptitude.

Les concepts étudiés nous permettent d'enrichir notre réflexion. Cette approche sociologique nous permet de percevoir qu'une démarche de gestion des personnels avec restriction d'aptitude doit savoir prendre en compte les perceptions personnelles et immédiates pour pouvoir mieux les dépasser. Le retour au travail des professionnels avec restriction médicales sera conditionné par d'une part leur conception de la maladie et d'autre part, les représentations des équipes qui les accueillent.

2. LES REPONSES DU TERRAIN

2.1. Méthodologie de l'enquête

Pour explorer le sujet de l'intégration des professionnels paramédicaux avec restrictions médicales, thème mettant en jeu à la fois un aspect relationnel et une démarche pluri professionnelle comme nous l'avons abordé dans la première partie, il nous paraît pertinent de rencontrer l'ensemble des acteurs concernés dans le cadre d'entretiens semi-directifs en ajustant ceux-ci au type d'interlocuteurs.

Les grilles d'entretiens ont été élaborées à partir des thématiques mises en exergue par notre recherche documentaire et nos entretiens exploratoires (annexes 2 et 3: grilles d'entretien).

Ce sujet transversal ne concernant pas exclusivement ni prioritairement le directeur des soins, nous avons tenu à pouvoir l'aborder avec les différents acteurs hospitaliers impliqués tout en conservant le rôle du directeur des soins en position central. Pour ce faire, nous avons choisi de mener les entretiens auprès de directeurs des ressources humaines, directeurs des soins, encadrement soignant, médecins du travail, assistante sociale du personnel et agents en situation de restrictions médicales (annexe 2: profils des personnes interviewées).

La richesse de l'entretien semi-directif est liée à la possibilité de pouvoir recueillir des données qualitatives (faits ou opinions) de la part de l'interviewé autour de thèmes prédéfinis. Ce cadre permet d'une part d'adapter les échanges et d'autre part, de favoriser l'ouverture vers d'autres informations propices à enrichir la recherche théorique. Afin d'avoir un recueil varié, nous avons retenu deux établissements, dans deux régions avec des degrés de maturité différents dans la gestion des professionnels avec restrictions médicales.

L'établissement A, établissement public de santé mental de 299 lits et places qui débute juste sa réflexion sur ce thème. L'établissement B, centre hospitalier de 1060 lits et places qui a mis en place une gestion des professionnels avec restrictions médicales depuis 2010.

Chaque entretien, d'une durée de 1 à 2 heures, a été enregistré, avec l'accord de l'interlocuteur, puis retranscrit de manière exhaustive.

Les entretiens semi-directifs ont été complétés par la consultation et l'analyse des documents suivants :

- bilan social,
- projet social,
- projet de soins,
- document unique.

2.2. Intérêts et limites de l'enquête

La thématique du sujet a suscité un réel intérêt chez les différents interlocuteurs. Le regard porté par chacun a permis un réel éclairage du questionnement au départ de ce travail. La diversité des professionnels interrogés a offert une richesse des points de vue sur le sujet nous avons constaté que les approches sont différentes entre les infirmiers, l'encadrement et la direction.

Par ailleurs, l'origine géographique des interlocuteurs et les niveaux d'avancement de la réflexion sont différents ce qui permet d'obtenir des discours contextualisés.

En revanche, la démarche menée ne prétend pas être une recherche exhaustive. En effet, la taille limitée de l'échantillon (principe d'une enquête par entretiens), autour de 11 entretiens, ne permet qu'une relative approche de la question qui n'autorise pas une extrapolation des résultats obtenus. De plus, il ne nous faut pas négliger les modes de coopération induits par la situation d'entretien et la personne interrogée va vouloir, de manière plus ou moins consciente, aménager la réalité afin de satisfaire les attentes perçus de l'intervieweur.

Pour des raisons de disponibilité, nous n'avons pas pu rencontrer tous les acteurs que nous souhaitions initialement tels que les représentants du personnel.

Par ailleurs, sur un établissement, certains professionnels interviewés ont été désignés par le directeur des soins. Cette situation induit un biais de sélection car les cadres soignants interrogés étaient particulièrement impliqués dans l'intégration des professionnels avec restrictions d'aptitude.

2.3. Analyse documentaire

Nous avons pu, lors des entretiens, prendre connaissances des projets sociaux, des projets de soins, des documents uniques et des bilans sociaux.

Sur les deux établissements les projets sociaux et projets de soins n'abordent pas la thématique de la gestion des professionnels avec restriction d'aptitude.

Concernant les documents uniques, l'établissement A dispose d'un document unique mis en jour en 2013. Cependant son utilisation n'est pas envisagée dans la démarche amorcée. Pour le DRH (DRH A), *«il faut partir de la personne, étudier son poste, il ne faut pas de postes réservés. De ce fait, le document unique n'est pas utilisable pour l'aménagement du poste»*.

Sur l'établissement B, le document unique n'a pas été remis à jour depuis 2010 or cet établissement a déménagé en totalité dans des locaux neufs et de nombreuses modifications organisationnelles ont été mises en œuvre au décours de ce déménagement.

Ce support s'en trouve donc obsolète et l'ensemble des acteurs ne font aucun lien entre le document unique et la gestion des professionnels avec restriction d'aptitude.

En observant les bilans sociaux nous avons pu établir les effectifs relatifs aux inaptitudes suivants :

Répartition par établissement des nombres d'agents avec inaptitude

	Etablissement A	Etablissement B
Nombre agents reclassés ou changés d'affectation définitivement suite inaptitude	9	7
Nombre agents reclassés ou changés d'affectation temporairement suite inaptitude	6	10
Nombre d'agents inaptes définitivement	1	4
Nombre d'agents en mi-temps thérapeutiques	6	17
Totaux	19	38

Sur l'établissement A, les spécificités de l'établissement, avec notamment des activités extrahospitalières à faibles sollicitations physiques, expliquent la possibilité importante de modifications des affectations pour raison de santé. Ce contexte explique également le faible nombre d'inaptitudes définitives.

Sur l'établissement B, le bilan social ne différencie pas les professionnels paramédicaux des autres filières, ce qui rend difficile la mesure de l'impact des limites d'aptitude dans ce groupe professionnel. De plus, il n'aborde pas la proportion de dossiers suivis par la commission de retour au travail et donc son bénéfice est difficilement évaluable quantitativement.

Au final nous avons pu constater qu'aucun des établissements ne dispose d'une politique formalisée. L'établissement B, selon les propos du DRH (DRH B), va inclure un axe relatif à la gestion des personnels avec restrictions d'aptitude dans son prochain projet social.

Les documents uniques, même mis à jour, ne sont pas utilisés dans cette démarche.

Enfin les bilans sociaux restent très globaux apportant une lisibilité très parcellaire de la problématique.

L'absence de données précises au niveau documentaires, nous amène à rechercher au cours des entretiens des éléments concrets de mise en œuvre de la gestion des professionnels avec restrictions d'aptitude.

2.4. Un dispositif inachevé

Afin de construire notre analyse de l'enquête, nous avons retenus plusieurs items de travail que sont la politique, le dispositif de signalement, les collaborations, la place du direction des soins et les représentations des acteurs.

2.4.1. Politique institutionnelle et organisation en construction

Comme nous l'avons vu dans l'analyse documentaire, la politique de gestion des professionnels avec restrictions d'aptitude n'est pas clairement exposée dans les documents étudiés. Cela nous amène à conclure avec les mots d'un CS de l'établissement B (CS B). *«Je pense qu'une politique institutionnelle posée et affichée pourrait aider les équipes à se dire oui ça fait partie de nos missions».*

Pourtant en termes d'organisation de cette gestion, les deux hôpitaux sont à des niveaux très différents.

Comme l'exprime le DRH A *«nous sommes au B.A.B.A du projet».* Face aux restrictions d'aptitude, le DRH A pilote le projet autour de la création d'une commission santé-travail. Au moment de la réalisation de l'enquête sa création a été validée par le CHSCT.

Sur l'établissement B, une commission de retour au travail existe depuis 2011. Impulsé par le DRH, elle est composée des deux directeurs des soins, un cadre supérieur de santé en charge des effectifs, le médecin du travail, l'assistante sociale du personnel et le directeur des ressources humaines. Elle se réunit mensuellement et fait un point sur les dossiers la situation des agents avec restrictions d'aptitude ou en arrêt maladie. La philosophie de cette commission nous est donnée par un des directeurs de soins «*la pluridisciplinarité enrichit la connaissance du dossier*». Nous avons pu constater sur les compte-rendu de cette commission que les situations sont analysées au travers des apports de tous les participants.

La différence de maturation organisationnelle dans cette démarche nous amène à penser que le contexte de l'établissement, la qualité de la collaboration entre les acteurs sur les deux établissements influencent cette gestion.

2.4.2. Critères d'identification et signalement consensuels

L'identification des personnels en difficultés :

Pour les DRH et les DS, le rôle de l'encadrement est essentiel dans le repérage des agents en difficulté. Comme le spécifie le DS de l'établissement A (DS A) «*c'est le cadre de santé qui a une position de proximité privilégiée qui va faire remonter l'information*». Les CSS ont les mêmes attentes, ils reçoivent, dans un deuxième temps, les informations par l'encadrement de l'unité.

Les CS s'appuient sur le suivi personnalisé des agents et l'observation de la dynamique d'équipe au quotidien pour identifier les problématiques. Ils ne disposent pas de critères prédéfinis mais restent en alerte plus particulièrement quand un professionnel est en arrêt de manière itérative, exprime des douleurs ou une lassitude et enfin quand des remarques ou des comportements sont exprimés par des membres de l'équipe. Le CSS de l'établissement B (CSS B) évoque plus particulièrement les situations «*d'équipe qui surprotègent qui peuvent produire des conflits à moyenne ou longue échéance, catastrophiques pour l'équipe allant jusqu'au rejet complet du collègue en difficulté* ».

Les MT sont particulièrement attentifs envers les agents qui présentent des congés maladie répétés, des problèmes relationnels au travail, de la lassitude au poste. Malgré cette vigilance, le MT de l'établissement B (MT B) reconnaît «*qu'il est vrai que*

parfois on se dit attention voilà ça arrive ce n'est pas pour autant que l'on va pouvoir anticiper».

Globalement, certains critères d'alerte sont partagés par l'ensemble des acteurs rencontrés et sur les deux établissements. Nous pouvons retenir :

- les arrêts répétés,
- la qualité relationnelle dans l'équipe.

Cependant, ces critères restent habituels sans être soutenus par une démarche formalisée et partagée.

Le circuit de signalement :

L'ensemble des personnes interviewées identifient le médecin du travail comme le principal pourvoyeur de signalements. Ils interviennent le plus souvent à la suite d'une reprise de travail après un accident du travail ou un congé maladie. Le cadre d'obligation d'une visite de reprise après un arrêt de plus de 28 jours renforce la précocité des signalements.

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont perçus comme les causes essentielles de restriction d'aptitude. Comme le spécifie le MT de l'établissement A (MT A) « *nous sommes surtout confrontés à des TMS en phase aiguë à type de douleur du dos ou des épaules*».

En dehors des situations de reprise du travail, le cadre de santé est le plus souvent celui qui repère les difficultés. Les MT B et les CS B expriment l'importance des échanges entre eux dans ces situations : « *S'il y a des difficultés avec un professionnel, on lui propose d'aller à la médecine du travail. C'est posé pour tous pour deux raisons : l'accessibilité des médecins du travail et le dialogue qui s'installe*». Sur cette structure, le MT établit une fiche de circulation à l'intention des cadres de santé et de la DRH dans laquelle il pose ses préconisations.

Concomitamment, les CS informent l'encadrement supérieur. Il s'agit « *de tenter d'y voir plus clair*». Pour eux, il est indispensable de différencier les difficultés de santé des problèmes d'implication. Le CSS A essaie d'identifier avec le CS « *s'il s'agit de problèmes d'ordre pathologique ou d'ordre disciplinaire*»

Pour les professionnels rencontrés, le CS est leur premier interlocuteur sauf en cas de congé maladie long ou alors ils contactent le DRH. Les DS sont peu cités seulement par l'encadrement supérieur quand ils ont des difficultés à gérer une situation dans un pôle ou bien quand ils reçoivent une demande directe de sa part pour intégrer un professionnel.

Si le circuit de signalement semble clair pour tous les protagonistes, la place du médecin du travail reste centrale dans le diagnostic médical de la situation de l'agent. Ce modèle semble en conformité avec leurs missions cliniques. C'est le seul acteur en capacité de poser un diagnostic. De ce fait, il devient un interlocuteur immédiat du CS le plus en proximité pour un repérage précoce. Nous pouvons considérer que le dispositif de signalement est plutôt standardisé dans ces établissements.

2.4.3. Des collaborations incertaines

Dans le chapitre précédent nous avons pu constater dans les organisations envisagées ou mises en œuvre dans les établissements enquêtés que la collaboration reste une base essentielle de leurs fonctionnements. Le DRH A exprime la nécessité *«d'un dialogue régulier entre le médecin du travail, le DS et le DRH»*.

Sur les deux hôpitaux enquêtés, se sont les DRH qui sont instigateurs des démarches. Cela correspond totalement aux responsabilités du DRH citées précédemment à savoir la gestion individuelle et collective des ressources humaines. Le pilotage de ce dispositif lui revient logiquement.

A contrario, la place du médecin du travail est très différente entre les deux structures. Sur l'établissement A, il n'existe pas de collaboration ni d'échange entre le MT A et les directeurs. *«Aujourd'hui le médecin du travail pose les réserves et va même spécifier le service d'affectation de manière irrationnelle»* ce que nous avons pu constater. Cette situation s'est cristallisée au travers du refus du médecin du travail de participer à la commission santé au travail. Il argumente sa position en disant : *«Je ne souhaite pas parler du cas des agents avec la direction, je suis tenu au secret professionnel»*.

Le DS A reconnaît une collaboration et un dialogue *«qui va de soi»* avec le DRH mais déclare *«il n'y a pas de concertation avec le MT, il pose les réserves et c'est tout»*. Pour l'encadrement, la situation relationnelle avec le MT est identique à celle des directeurs *«ce qui est compliqué c'est l'articulation avec le MT»*.

Ce contexte amène des questions sur la fiabilité de ses préconisations. Le MT A en a bien conscience. D'ailleurs il souligne qu' : *«il y a un problème sur cet établissement c'est que mes avis sont souvent remis en question verbalement. Pourtant moi, j'ai des preuves incontestables»*. Chacun reste sur sa logique ce qui conduit à une scission.

Au travers du discours de l'ensemble des acteurs, nous pouvons comprendre la difficulté sur l'établissement pour déterminer et mettre en œuvre une politique et une

organisation relative à la gestion des personnels avec restrictions médicale d'aptitude. Au final, sur cet hôpital comme le décrit le CSS A «*celle-ci se fait au cas par cas*».

Sur l'établissement B, le DRH B, les DS B et le MT B travaillent en concertation. Au-delà de la commission de retour au travail, les contacts directs sont aisés. Pour le MT B, en cas de besoin, il «*parle au DS, je lui parle directement de l'agent. Je lui explique et il va trouver une solution*». De plus les décisions sont formalisées au travers d'une fiche de circulation qui permet de tracer les préconisations du médecin du travail, la proposition d'affectation et la validation de celle-ci. Ce support permet également en complément de la commission de retour, de disposer d'informations fiables et à jour. A noter également sur cet établissement, la participation de l'assistante sociale du personnel aux discussions, par sa présence à la commission de retour au travail. Les directeurs et le médecin du travail reconnaissent la plus-value de sa présence : «*Elle renvoie l'histoire personnelle de l'agent ce qui est nécessaire. Elle sait sa place et son retour est précieux*».

Certes, les échanges ne vont pas toujours de soi et parfois comme le décrit le CSS B «*il est difficile de s'entendre avec les MT, ils nous disent parfois où affecter l'agent, j'ai le sentiment qu'ils sont quelque fois utilisés*». Néanmoins l'ensemble des acteurs portent un regard très positif sur la qualité du dialogue qui permet de trouver un consensus, même quand des divergences existent.

Au travers du contexte des deux établissements nous pouvons mesurer l'impact de la qualité de la collaboration et du dialogue sur la politique de gestion des professionnels avec restrictions d'aptitude. La formalisation de celle-ci notamment au sein de la commission de retour au travail de l'établissement B semble l'assoir et permettre même sa fiabilité en cas de divergence.

2.4.4. Des mesures d'intégration informelles et partielles

Les interlocuteurs évoquent, dans les deux structures, des rencontres initiales portant sur la présentation du poste d'affectation. «*Il y une rencontre au départ*», explique le CSS A. Le contenu de cet entretien porte sur les contours du poste proposé et la durée de l'affectation. L'IDE de l'établissement A (IDE A) nous évoque une formation à l'informatique au moment de sa prise de fonction mais elle précise après «*Ce que je reproche c'est qu'ils ne regardent pas la charge de travail du poste et la compatibilité des activités proposées*». Cette infirmière a été positionnée après sa reprise du travail sur un poste avec une double activité : un temps médecine du travail, un temps service de consultations. Elle a travaillé des journées de dix heures sans rien signaler car elle avait

eu un ultimatum de la direction « *On m'a dit c'est ces deux postes si vous n'y arrivez pas c'est l'invalidité* ». Elle parle avec émotion de cette période où elle s'est sentie isolée face à une surcharge de travail. Sur cet établissement, l'encadrement et la direction reconnaissent qu'il n'y a pas de suivi mis en œuvre de manière formalisé. Les démarches qui peuvent exister dépendent des cadres et cadres supérieurs sans uniformisation sur la structure.

Sur l'établissement B, si aucune procédure d'intégration n'est établie, le CS B que nous avons rencontré, explique « *qu'elle préfère poser les choses avec eux* ». Elle met en place un « *parcours progressif sur le terrain pour tester leurs capacités* ». Une période d'observation est mise en place durant trois semaines, puis un contrat moral oral est passé avec les agents. Ensuite, elle assure un suivi mensuel puis trimestriel. Lors de nos échanges avec le DS B, il reconnaît que ce type de contrat moral n'est pas généralisé et que cette posture être très dépendante du CS : « *Il n'existe pas de démarche d'intégration, seuls quelques cadres posent des contrats moraux* ».

Nous avons pu remarquer dans les entretiens auprès des CS, CSS et DS qu'à aucun moment, il n'est fait référence aux compétences de l'agent accueilli. L'intégration telle qu'ils la définissent semble être centrée sur l'adaptation de l'agent à son nouveau cadre de travail. Cette approche est éloignée de l'intégration telle que nous avons pu la décrire dans notre premier chapitre avec des interactions entre l'individu et le groupe conduisant à une socialisation..

Au travers de ces entretiens, nous percevons que les mesures d'intégration sont déployées de manière inégale et exceptionnellement formalisées laissant toute indépendance à l'encadrement de proximité.

2.4.5. La place transversale de la Direction des soins

Nous avons fait le choix dans cette partie de traiter la place des membres de la direction des soins à savoir les CS, les CSS et les DS. Ce choix s'appuie d'une part sur l'interaction forte entre ces acteurs et d'autre part sur la conception de la filière soignante dans les établissements.

Du repérage à l'intégration : le CS pivot de la réussite

L'encadrement est positionné par la direction, les MT et les professionnels comme un acteur de première ligne dans la gestion des professionnels en restriction d'aptitude.

Comme nous l'avons traité, il est à l'interface des logiques médicales, administratives et du personnel. Le DS A parle «*d'acteurs de veille au quotidien*». Pour la direction, les cadres sont les managers de proximité qui repèrent à la fois, les compétences, les attitudes, les comportements des professionnels et des équipes. Comme l'exprime le DRH B, «*c'est dans le service que les choses se repèrent, se traitent par les cadres. Le service a une taille humaine propice à l'individualisation des suivis*».

Au travers des entretiens, nous avons pu relever deux axes attendus de l'encadrement. En premier lieu, tout ce qui relève du signalement auprès des MT, des CSS, de la direction. A partir de leur management au quotidien, ils ont un rôle important d'alerte précoce. Les deux CSS décrivent des réunions régulières avec l'encadrement au cours desquelles un temps d'échanges relatif au suivi des agents est mis en place. C'est à ce moment-là que le relais se fait avec l'encadrement supérieur. Les CSS attendent une analyse de la situation personnalisée : «*Le cadre fait un retour personnalisé, enrichi par ses échanges avec le professionnel, avec l'équipe*».

En second lieu, le CS a également un rôle d'accompagnement dans l'intégration des professionnels avec restrictions d'aptitude. Comme le décrit le CSS B «*charge à l'encadrement de faire la fiche de poste, d'accueillir, d'accompagner et d'évaluer*». Pour elle, le CS, en lien avec sa connaissance des activités et des compétences nécessaires, est le professionnel qui rédige la fiche de poste, accueille et suit la qualité de l'intégration. Même si dans les deux établissements l'intégration n'est pas formalisée sauf sous la forme de quelques contrats moraux, celle-ci relève du manager de proximité.

Le CSS dans la gestion polaire et l'articulation avec le directeur des soins

Sur les deux établissements que nous avons enquêté, les CSS sont les CS assistants du chef de pôle. Collaborateurs du chef de pôle, ils ont des missions conformes à la fiche métier du répertoire des métiers de la FHP.

Sur les deux établissements, la gestion polaire est en place depuis plus de six ans, des contrats de pôle existent, des délégations de gestion sont mises en place. La gestion des ressources humaines paramédicales est sous la responsabilité des CSS, les chefs de pôle s'appuient sur eux en toute confiance.

Si le rôle du CS se situe dans l'alerte et l'intégration, le rôle des CSS se situent plus dans de la coordination au sein du pôle et repèrent les postes d'affectation adaptés. Pour le CSS A, «*mon rôle c'est d'accompagner l'encadrement sur l'analyse de la situation qui est évoquée et de voir ce qui est possible sur le pôle*».

Sur les deux structures, le CSS travaille en collaboration étroite avec les CS, les décisions prises émanent d'une concertation et le plus souvent *« nous recherchons un consensus sinon cela ne fonctionne pas »*. La place des chefs de pôle est peu évoqué ; un DS explique qu' *« il nous faut être prudents sinon les chefs de pôle bloquent les affectations en brandissant la performance comme excuse »*.

Les CSS assistants de pôle ont un rôle reconnu de coordination sur le pôle et de management des ressources à cette échelle. Ils articulent les orientations du DS avec les contextes du pôle.

Le directeur des soins acteur stratégique porteur de la politique

Les DS que nous avons interviewés se positionnent à l'identique. Ils ont sur ce sujet un rôle stratégique et sont garants d'un déploiement uniforme des modalités organisationnelles. A ce titre, ils sont les interlocuteurs directs des DRH *« avec le DS nous avons des échanges réguliers sur les suivis des dossiers des agents concernés »*, nous précise le DRH A.

Sur l'établissement B, les DS participent à toutes les réunions de la commission de retour au travail. Cela permet *« comme cela on entend tous la même information, cela nous évite de perdre du temps »*.

Les échanges avec les CSS sont plus en lien avec les difficultés de mise en œuvre des décisions ou lorsqu'ils se trouvent en impossibilité de gérer la problématique en interne du pôle.

Pour les CSS et les CS, la place du DS est stratégique *« ils nous donnent la feuille de route »*. Ils mettent en exergue la nécessité d'avoir une politique claire et appliquée avec équité et transparence. Un CSS parle de ce rôle de régulateur stratégique *« pour éviter la guerre des pôles. Pour certains, les personnels avec restrictions n'ont pas de place dans leur pôle »*. Malgré l'absence de politique écrite, nous constatons que le positionnement du DS sur ce thème influence les orientations des autres acteurs de l'encadrement soignant. Un DS parle de son positionnement comme *« celui d'un membre de la direction, je dois accompagner le déploiement des orientations statuées au sein des pôles et jusque dans chaque unité. C'est là ma place. »*.

Enfin, les CSS et CS attendent du DS un rôle de guide autour de valeurs soignantes partagées. Un CSS attend *« un DS qui pose des valeurs claires, même en gestion des personnels et qui garantit que tous nous les suivons »*. Cette remarque fait écho avec la vision des DS qui dans l'organisation polaire, se doivent plus que jamais de *« donner le la, être un chef d'orchestre pour que chacun prenne sa place dans les objectifs »*.

posés. Aujourd'hui, je ne suis plus le supérieur hiérarchique pur et dur mais je contractualise».

Au final, l'ensemble de ses échanges nous amènent à constater que les DS sont des interlocuteurs privilégiés des DRH. Membres de l'équipe de direction, ils sont des acteurs stratégiques qui guident l'encadrement dans la démarche.

2.4.6. Des perceptions à risque

L'IDE A nous a clairement exprimé son mal être face à la décision du comité médical : *«Il y a la honte, la peur de ce que vont penser les autres, ma culpabilité était grande».* Pour l'IDE de l'établissement B (IDE B) *«je ne piquais plus comme avant et le regard des collègues et des patients était dur à supporter au début».*

Au travers du discours de ces deux professionnelles, nous retrouvons la place de la culpabilité et le regard des autres qui restent importants. Elles expriment leurs difficultés psychologiques à accepter leur différence ou leurs restrictions. Aucune de ces deux infirmières n'a accepté un reclassement car pour elles *«c'est perdre son identité soignante».*

Toutes deux ont eu une période d'arrêt maladie de plus d'un an avec une reprise en mi-temps thérapeutique.

Pour l'IDE A, ce temps d'arrêt a été nécessaire pour prendre de la distance : *«Je ne me retrouvais plus dans ma fonction avec tout cet administratif et ces contraintes financières».* Cette explication nous rappelle le concept de *maladie libératrice* évoqué Claudine HERZLICH. Elle exprime clairement le décalage qu'elle vivait entre ses attentes professionnelles et les contraintes d'exercice ainsi que l'impact que cela a eu sur sa santé.

Pour l'IDE B, son problème de santé est intervenu suite à un accident de trajet. Pour elle, son temps de congé maladie lui a permis de se soigner pour limiter les séquelles secondaires. Elle reconnaît néanmoins que la reprise du travail a été difficile après plusieurs mois d'absence : *«L'apprentissage a été intense».* Elle a suivi méticuleusement sa rééducation et ne centrait ses activités sur la récupération de ses capacités.

Concernant les équipes, l'ensemble des personnes rencontrées expriment l'importance de l'histoire antérieure dans l'acceptation du professionnel à son retour. Ainsi le CSS B souligne que *«parfois c'est en amont que la situation se dégrade».* Pour elle, l'histoire du problème de santé impacte la qualité de l'intégration ou réintégration. Nous

retrouvons bien dans ces commentaires la conception des logiques de confiance ou de soupçon abordé par DODIER que nous avons décrites antérieurement. Pour le CS B, c'est l'implication et le présentisme de l'agent qui va influencer l'acceptation de l'équipe. Pour le DRH A, il en est de même, il décrit une situation sur le pool ménage de l'établissement où il a affecté un agent supplémentaire avec des restrictions de port de charge. La fille de l'agent lui a téléphoné pour lui signaler que sa mère se faisait « *traiter de boulet* » par ses collègues. Il explique que sa personnalité réservée, facilement positionnée en victime, a en partie, induit la situation. Comme le décrit le MT B «*certains cristallisent selon leur état d'esprit*»

Les contenus de ses échanges font percevoir que l'histoire de l'agent, des équipes, la typologie de la maladie, son vécu de la maladie vont influencer considérablement sa réintégration bien au-delà des restrictions médicales.

2.5. Analyse croisée

A partir des entretiens réalisés, nous allons répondre à notre questionnement de départ et confronter nos hypothèses aux réponses du terrain.

L'attente des acteurs, quels qu'ils soient, est forte en matière de politique de gestion des professionnels en restriction d'aptitude. Elle doit être claire et connue par tous afin de servir de référence. Elle soutient l'action de tous les intervenants et permet une réactivité précoce de l'encadrement. Son cadrage sert de référence aux CSS et CS et donne un sens à l'action.

Les mesures mises en place sur les deux structures sont dans des états d'avancement différents. L'un est plus engagé que l'autre dans cette gestion. Cependant pour les deux, la place de la collaboration DRH/DS/MT fait l'unanimité. D'ailleurs sur l'établissement A où elle est difficile, le dispositif de gestion des personnels avec restriction est à l'état embryonnaire avec une gestion «*au cas par cas*». Les deux institutions se donnent les moyens d'évoluer dans le sens d'une prise en compte des agents avec restrictions d'aptitude. Cette orientation favorise l'acceptation même si des défiances demeurent.

La question du signalement précoce est centrale. Même si des modalités d'échanges existent, c'est l'anticipation qui reste une des clés de réussite dans cette gestion. Elle repose quasi exclusivement sur les CS qui sont à l'interface médicale,

soignante et administrative. Cependant, elle nécessite également la volonté de l'agent de dialoguer avec l'encadrement de proximité.

Sur le thème de l'intégration, les deux établissements ne disposent pas de formalisation. Des contrats moraux existent ponctuellement en fonction de l'encadrement mais ils relèvent plus de modalités d'adaptation que d'intégration. Les CS travaillent avec les équipes des fiches de poste les ajustent ensuite selon les possibilités de l'agent. Des rencontres initiales sont mises en œuvre entre les CS et les agents mais elles visent essentiellement à présenter la fiche de poste, le service et les modalités d'échanges.

Le rôle des membres de la direction des soins est reconnu. Les CS sont positionnés dans ces hôpitaux comme des maillons de proximité sur lesquels reposent de nombreuses attentes qui vont du signalement au suivi du retour au travail de l'agent. Les CSS remplissent plutôt un rôle de coordination et de déploiement sur les pôles. Ils assurent des suivis sur les secteurs avec l'encadrement et font remonter au DS les problématiques. L'absence de politique institutionnelle en matière de gestion des professionnels avec restrictions d'aptitude ne permet pas d'avoir une contractualisation claire.

Les DS se placent à un niveau stratégique. Ils sont impliqués dans toutes les situations dépassant le cadre du pôle ou posant des problématiques importantes. L'encadrement attend d'eux une définition des valeurs partagées et une feuille de route claire et équitable sur tous les services et les pôles.

Enfin, pour les professionnels en restriction d'aptitude, pour les équipes et pour l'encadrement, les perceptions influencent la réussite des intégrations. L'individualisation de la démarche prend encore peu en considération l'histoire à la fois professionnelle et celle de la santé de l'agent. Les représentations des équipes qui pourtant sont repérées comme influençant l'acceptabilité du professionnel sont peu étudiées et prises en compte dans l'affectation et l'accompagnement de l'intégration. De ce fait, le processus de socialisation ne peut avoir lieu.

2.6. Validation des hypothèses

Les propos recueillis auprès des acteurs des deux établissements vont nous permettre de confronter nos hypothèses dans le cadre de cette enquête.

La nécessité d'une politique clairement définie est attendue de tous. Au-delà des organisations, elle permet à l'encadrement de resituer les équipes dans cette mission. Ce cadre de référence représente un atout pour étayer la démarche des acteurs. Notre première hypothèse est donc vérifiée.

La place de la collaboration notamment entre le DRH/le DS/ le MT est, pour la majorité de nos interlocuteurs, indispensable. En effet, la vision partagée de la situation de l'agent par l'apport des connaissances et des compétences de ces acteurs, favorise des propositions d'orientation possibles. Cette collaboration gagne à être étendue à d'autres acteurs selon la dynamique de l'établissement, comme les partenaires sociaux et l'assistante sociale du personnel. Ces éléments nous amènent à valider notre deuxième hypothèse.

L'absence de formalisation de l'intégration sur les deux hôpitaux nous amène à constater que les modalités de retour au travail des agents en restriction médicale relève plus de l'adaptation que de l'intégration. Les fiches de poste et les contrats moraux établis ne prennent que peu en compte les compétences de l'agent accueilli ; quelques accompagnements par formation et / ou par des collègues existent mais à aucun moment l'approche par compétences n'est abordée. Nous pouvons, dans ce contexte, confirmer notre troisième hypothèse.

Les DS sont présents dans cette gestion à des niveaux différents selon la maturité du dispositif mis en œuvre. Plus l'organisation a été déployée, plus la place stratégique du DS est souhaitée. Membre de la direction, les acteurs attendent de lui une feuille de route bâtie sur des valeurs partagées. Nous pouvons donc bien confirmer notre hypothèse sur la place stratégique du DS.

Si dans notre cadre théorique nous avons abordé les aspects statutaires de la FPH, la gestion des professionnels avec restrictions d'aptitude nous renvoie toujours à la position de l'individu face à sa maladie et à celle de l'équipe. Il est alors nécessaire dans la gestion de ces professionnels de les situer à la fois dans leur rapport avec leur problème de santé et à la fois avec leur histoire dans l'équipe. Il paraît important de différencier le statut de malade ou guéri à celui d'être apte à retourner au travail. Ces éléments sont essentiels dans la réussite de l'intégration de ces professionnels. Les perceptions, les représentations de l'agent, celles des équipes influencent l'intégration de ces professionnels. Nous confirmons donc notre quatrième hypothèse.

3. PRECONISATIONS DU DIRECTEUR DES SOINS

Nos connaissances théoriques se sont élargies au décours de ce travail. Ainsi, au travers des entretiens nous avons également pu appréhender des approches différentes concernant la problématique. Grâce à ces rencontres, nous avons mieux cerné les ressentis et attentes des professionnels avec restrictions d'aptitude et des autres intervenants dans cette thématique.

Les résultats issus de l'analyse vont nous permettre d'envisager des préconisations. Notre positionnement sera celui du directeur des soins que nous serons demain.

La gestion des professionnels avec restrictions d'aptitude est un sujet transversal dans les établissements. Elle concerne tous les professionnels et nécessite une approche pluridisciplinaire.

De par son statut le directeur des soins est membre de l'équipe de direction. Il doit en conséquence accompagner les actions institutionnelles. Egalement expert en organisation des soins, il peut conseiller les chefs de pôle en matière d'organisation des services et des activités. Enfin, responsable de la direction des soins, il contractualise avec l'encadrement le déploiement du projet de soins. Ainsi, nous aborderons les préconisations autour de deux domaines : le positionnement institutionnel et l'implication spécifique du directeur des soins dans le dispositif.

Notre future prise de fonction étant celle de coordonnateur général des soins (CSG) dans un centre hospitalier, nous situerons notre place de directeur des soins dans ce contexte.

3.1. Le directeur des soins acteur politique et stratégique :

Par l'enquête, nous avons constaté l'importance de l'engagement de la direction dans un projet de gestion des professionnels avec restrictions. La volonté institutionnelle doit être clairement énoncée et communiquée pour favoriser l'engagement des acteurs. En tant que membre de la direction, le directeur des soins s'implique dans la politique et la stratégie de l'établissement. Dans ce cadre, il contribue à l'élaboration et la mise en œuvre du projet social.

3.1.1. Construire une collaboration claire et reconnue avec le DRH

En fonction du contexte et de l'histoire de l'établissement, le positionnement du directeur des soins est variable. Il se doit de créer des liens de travail privilégiés avec le DRH. La place du directeur des soins, ses marges de manœuvre dans la gestion des

professionnels paramédicaux doivent être clarifiés, connus et communiqués au sein de l'établissement. Accorder le temps nécessaire à cet ajustement est le préalable à toute démarche pour garantir l'efficacité des actions menées. Ce principe est une base essentielle pour construire un partenariat efficace notamment avec le DRH. La gestion des ressources humaines paramédicales doit s'appuyer sur une collaboration claire et équilibrée. Nous serons particulièrement attentifs à nos relations avec la DRH dans notre futur poste car le traitement de nombreuses thématiques s'appuient sur la qualité de ces échanges.

Rapidement lors de notre prise de poste, nous rencontrerons le DRH afin de planifier des échanges réguliers et identifier les sujets communs. Nous rechercherons à construire une relation de confiance basée sur une entente des niveaux et modes de collaboration nécessaires pour garantir la cohérence du pilotage.

Nous avons bien conscience que ce sujet peut ne pas être prioritaire au sein de la future structure où nous exercerons. Néanmoins, le partage sur d'autres thématiques contribuera également à construire le partenariat sur lequel nous pouvons nous appuyer le moment venu. Ainsi, nous pourrons pleinement contribuer au déploiement du projet social et du projet de soins.

3.1.2. Le projet social

Les grands axes du projet social se fondent sur une démarche participative, construite de manière structurée et productive. Le périmètre du projet social concerne tous les domaines d'intervention interne à l'établissement, il implique l'ensemble des personnels et se fonde sur la réalité sociale qui permet de poser les priorités d'action. Il est essentiel que le directeur des soins collabore à son élaboration. Cette participation permet des points de rencontre et de cohérence indispensables aux politiques de gestion des ressources humaines, de prise en charge et de management des professionnels. Le directeur des soins doit les intégrer dans la conception de ses projets car il va s'y appuyer pour porter sa propre politique de soins.

En outre, avec le DRH en charge du projet social, le directeur des soins incite les cadres de santé à participer à la concertation dans les groupes de travail relatifs au projet social. Rappelons que le périmètre du projet social concerne l'établissement de manière transversale en impliquant tous les personnels et en s'appuyant sur un bilan social qui

permet d'identifier les priorités. Sur tous ces aspects, les cadres de santé ont un rôle majeur à jouer. En tant que CGS, nous nous astreindrons à promouvoir une communication claire autour des enjeux du projet social pour favoriser la mobilisation de l'encadrement à y participer.

L'implication et la communication sont deux vecteurs essentiels à l'appropriation par les professionnels du projet social. En accordant une place privilégiée à la direction des soins, le directeur des soins assure la concrétisation des actions décidées. L'intégration dans l'évaluation des cadres de santé d'objectifs relatifs au projet social va en garantir l'atteinte.

Enfin, nous serons force de proposition dans les modalités d'affectation des personnels en CLM et CLD afin de pouvoir ensuite mener une démarche incitative auprès des pôles.

Il nous paraît intéressant de globaliser les coûts des absences longues et de les réattribuer équitablement sur les pôles en frais de structure par exemple. Ce système évite la pénalisation des services ayant un professionnel en CLD et CLM en terme d'effectif réel qui conduit rapidement l'encadrement et les médecins à refuser les affectations de personnes avec restrictions par peur de l'absentéisme. .

3.1.3. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique

Le Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (PSIRMT) est un document réglementaire fondé sur plusieurs textes. D'une part, il fait partie intégrante du projet d'établissement comme le précise l'article L 6143-2 du code de la santé publique modifié par l'ordonnance du 23 février 2010. D'autre part, le Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière précise dans son article 4 alinéa 3 qu' : « *Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins* ».

Il est un des socles du projet d'établissement. Il prend en compte le contexte de l'établissement, notamment, les éléments déterminants du projet médical, du projet social et du projet qualité. Son articulation avec ces projets est faite en s'appuyant sur les spécificités des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Le projet de soins est un outil de formalisation des orientations et des objectifs de soins sur lesquels

porteront les actions de pratique clinique, d'organisation, de management, de formation et de recherche Il s'inscrit également dans la démarche qualité de l'établissement.

Enfin, il s'appuie sur les valeurs professionnelles mises en œuvre dans l'établissement en cohérence avec le projet d'établissement. Les liens entre le projet social et le projet de soins sont importants car certains objectifs sont complémentaires particulièrement en termes de formation et de gestion des compétences.

La formation continue

La formation représente un enjeu collectif pour les établissements publics de santé face aux nouveaux défis d'optimisation de la gestion des ressources humaines. La formation tout au long de la vie professionnelle permet et facilite les évolutions professionnelles des agents. Ces actions de formation continue ont pour objectif de garantir, de maintenir ou de parfaire les connaissances et les compétences en vue d'assurer l'adaptation immédiate à l'emploi ou aux évolutions prévisibles de l'emploi ou au développement et à l'acquisition de compétences.

Dans ce dernier champ, les actions visent la construction d'un parcours de professionnalisation individualisé avec la perspective d'accéder aux connaissances utiles pour une remise à niveau ou une évolution professionnelle.

En cas de restriction d'aptitude, la formation continue contribue à la démarche d'intégration des agents concernés. Nous nous assurerons en tant que CGS qu'un projet de formation sera construit et formalisé pour accompagner la prise de fonction de l'agent notamment pour son acquisition de nouvelles compétences. Ce programme de formation sera construit avec l'agent afin d'en garantir l'opérationnalité. Son expérience professionnelle, sa motivation au poste, ses capacités physiques et intellectuelles seront prises en compte pour garantir l'adéquation de la démarche aux besoins du poste d'affectation.

La gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences)

Le capital que représentent les ressources humaines se préserve et se bonifie dans le cadre de la GPMC. En effet, cette démarche a pour finalité de faire correspondre au mieux les ressources humaines aux besoins de l'établissement dans un contexte où les services, les métiers, les durées de carrières et les aspirations des agents évoluent.

La première étape de la GPMC est de bien connaître, les métiers et les compétences existantes dans l'établissement afin de mieux anticiper et gérer les besoins en ressources humaines. Prévoir les restrictions d'aptitude fait partie intégrante de la

GPMC afin d'anticiper les réponses aux besoins des agents. Ce projet est piloté par le DRH cependant le directeur des soins, qui sous l'autorité du directeur de l'établissement, participe avec le corps médical et l'encadrement à l'organisation et l'évolution des activités de soins est un interlocuteur privilégié du DRH. Au travers du projet d'établissement, le directeur des soins, de par son expertise en organisation des soins et sa connaissance des changements prévisibles peut contribuer à identifier les évolutions professionnelles possibles à proposer aux agents avec restrictions d'aptitude. Les protocoles de coopération, ainsi que les nouveaux métiers sont autant de domaines à explorer.

Le bilan de compétences peut également être sollicité, il va permettre à l'agent de se revaloriser au regard des résultats et de faire progressivement le deuil de son activité antérieure.

3.1.4. Positionner la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques comme instance de réflexion sur la réintégration:

Créée par la loi Evin de 1991 et conçue comme élément de revalorisation des personnels infirmiers, la commission de soins infirmiers a été renommée Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) par l'ordonnance du 2 mai 2005 qui a étendu sa composition et ses attributions. C'est une instance de représentation du personnel infirmier, de rééducation et médico-technique. Cette volonté d'élargissement était l'expression d'une volonté de voir participer les auxiliaires médicaux de la FPH à la vie de l'établissement.

Cette commission est consultée pour avis sur le projet de soins, l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, la politique qualité et gestion des risques, la recherche et l'innovation en matière de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique et le développement professionnel continu.

Faire vivre cette commission, faire jouer leur rôle représentatif aux personnels élus la composant est du ressort du coordonnateur général des soins qui en assure la présidence. Le lien entre qualité de prise en charge et qualité de vie au travail est indéniable.

Aussi, sur cette thématique, la CSIRMT aura un rôle en tant que lieu où l'on évoque la qualité du travail entre professionnels paramédicaux. En tant que futur CGS

nous veillerons à donner toute sa place à cette instance dans le pilotage et l'animation de la politique de soins. Nous serons force de proposition pour inciter les membres de la CSIRMT à formuler des propositions innovantes et créatives sur ce thème. Nous créerons un groupe de travail constitué de membres volontaires qui aura la mission de réaliser une recherche documentaire sur les expériences menées dans d'autre établissement. A partir de cette recherche, ils présenteront des retours d'expériences à la fois au sein de la CSIRMT et également en réunion cadre de santé pour identifier des actions transposables à notre structure d'exercice.

Nous positionnerons également la CSIRMT comme instance de suivi de l'état d'avancement du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Ce dispositif nous permettra d'avoir une valorisation institutionnelle des actions menées notamment dans ce domaine.

3.1.5. Contractualiser avec les pôles

Depuis la nouvelle gouvernance, les cadres de santé assistants de pôle gèrent les équipes soignantes en tant que collaborateurs des chefs de pôle. Le directeur des soins s'appuie sur ces cadres pour relayer la politique sociale. Il coordonne l'équité et la cohérence de la démarche sur l'ensemble de l'établissement. Il accompagne l'encadrement dans l'émergence de solutions adaptées aux spécificités des pôles.

L'enjeu en tant que CGS ne se situe pas uniquement sur un volume identiquement réparti sur chaque pôle. Cet objectif trop contraignant selon la spécificité du pôle (exemple la gériatrie) serait contre productif. Nous rechercherons plutôt une généralisation de la réflexion. Il va s'agir pour nous de développer une approche transversale concernant l'ensemble des professionnels qui doit s'appuyer sur la coordination de l'ensemble des acteurs des diverses disciplines.

Ainsi, nous nous assurerons que chaque projet de pôle concrétise le volet social du contrat de pôle. Nous amènerons les cadres de santé assistants des chefs de pôle à s'appuyer sur ce document pour repérer les affectations les mieux adaptées pour les agents avec restriction d'aptitude. Ce dispositif permettra sur chaque pôle de déployer une cartographie des postes moins contraignant sur les aspects physiques et/ou psychologiques. Sur chacun des postes identifiés, une fiche de poste décrira les compétences cibles afin de favoriser la lisibilité des attendus aux professionnels avec restriction d'aptitude. Nous favoriserons également la réflexion autour des nouveaux

métiers de coordination, de tutorat, de logistiques qui peuvent améliorer la qualité de vie au travail des équipes et offrir des opportunités de postes moins physiques notamment.

En tant que membre du directoire et en accord avec le DRH, nous présenterons la démarche auprès de ses membres afin de nous assurer leur appui dans le déploiement polaire. Nous proposons aux chefs de pôle de réaliser également des présentations au sein des bureaux de pôle afin d'éviter les résistances médicales. Nous travaillerons ce dossier en lien étroit avec le médecin du travail et les partenaires sociaux. Notre objectif est de mobiliser tous les acteurs concernés pour garantir les avancées.

3.2. Implication du directeur des soins dans le dispositif de gestion retenu par l'établissement

3.2.1. Participation active à la commission dédiée

Dans notre futur poste, en fonction des dispositifs existants, nous nous inscrirons dans les organisations existantes particulièrement dans la commission de concertation telle que nous avons pu en rencontrer. Sur notre futur établissement d'affectation, nous savons qu'une démarche de création d'une commission de gestion personnalisée est en cours. Nous nous inscrirons clairement dans le modèle projeté. Nous garantirons la présence du CGS à chacune des réunions. Lieu d'échanges pluridisciplinaires, il nous paraît opportun d'assister aux réunions afin de pouvoir apporter notre regard en matière d'organisation des soins et de construire des liens de collaboration fiables avec le médecin du travail et le DRH notamment. Au préalable, nous travaillerons avec les cadres de santé assistants de pôle pour construire un état des lieux factuel des situations délicates d'agents. Ce bilan s'appuiera sur les observations et conclusions des cadres de santé des services afin d'être au plus près de la réalité.

3.2.2. Identifier le cadres de santé d'unité au cœur du dispositif

Les cadres de santé sont les premiers acteurs de la santé des professionnels. Nous avons observé dans l'enquête qu'ils sont souvent à l'origine des signalements grâce à leur contact direct avec les professionnels en difficulté et les équipes. Ce contexte nous amène à les situer comme les acteurs de la direction des soins sur le signalement, l'analyse de la situation et le suivi des professionnels avec restriction d'aptitude.

Le signalement

Le signalement démarre au moment où sont repérées les difficultés d'un professionnel à tenir son poste de travail. Sa précocité impacte la réussite du maintien dans l'emploi de l'agent concerné.

Si l'agent est le premier à percevoir ses limites, il n'est que rarement en capacités de les signaler. La pathologie, le sentiment de culpabilité, le déni de la maladie, la peur du jugement sont autant de frein à sa déclaration. S'installe alors pour lui des risques d'aggravation pouvant aller jusqu'à l'apparition d'inaptitude partielle.

Le signalement se trouve alors tardif, voire au décours d'un arrêt maladie et émanant de différents acteurs: collègues, médecin du travail, assistante sociale du personnel.

Par sa présence sur le terrain et sa fonction d'encadrement, le cadre de santé est garant de la qualité et de la sécurité des soins dans le service. A ce titre, il est tenu d'évaluer les compétences et aptitudes professionnels des agents. Nous proposons qu'au travers de ce bilan annuel, le cadre de santé accorde une vigilance particulière sur les professionnels en difficulté. Bien évidemment, s'il repère des situations critiques en dehors du calendrier de l'évaluation annuelle, il mettra en place un entretien d'évaluation intermédiaire avec l'agent concerné.

De ce fait, le directeur des soins portera un regard attentif sur les modalités d'évaluation déployées dans l'établissement. Les outils, les formations mises en place nous permettrons d'évaluer le dispositif et de le réajuster si nécessaire.

En complément, une formation relative au repérage et critères d'identification des agents en difficulté sera mise en place afin d'améliorer la précocité des signalements par les cadres de santé.

L'entretien systématique de retour

Après un arrêt maladie long ou répétitif, nous demanderons aux cadres de santé de mettre en œuvre un entretien avec l'agent. L'entretien est un moment privilégié de dialogue entre le professionnel et le cadre de santé. Il permettra de poser un bilan de la situation, des problèmes vécus, de la dynamique relationnelle de l'agent avec l'équipe et des modalités de maintien dans l'emploi.

Ce matériau collecté servira dans un deuxième temps à étayer le dossier de suivi de l'agent au sein de la commission de gestion des professionnels en difficulté.

Bien évidemment, il ne s'agit en aucun cas pour l'encadrement d'évaluer l'état de santé de l'agent cet aspect relevant exclusivement de la mission du médecin de santé au travail. Cet entretien pourra favoriser le retour au travail comme avoir un aspect préventif.

3.2.3. Fiabiliser l'intégration des professionnels paramédicaux avec restriction d'aptitude

Accueillir le professionnel avec restriction d'aptitude :

Les patients, les stagiaires, les nouveaux professionnels vivent une situation de déstabilisation à leur arrivée dans un service de soins. Il en va de même pour le professionnel en reprise d'activité. Nous avons pu observer dans notre enquête la place que peut avoir le sentiment de culpabilité chez ces agents. Cette étape de retour au travail en sera d'autant plus déterminante.

Pour le professionnel c'est l'image qu'il va garder de son premier contact avec le service. Accueillir consiste à entrer en communication avec l'autre. C'est alors un échange de messages verbaux et non verbaux. La place des attitudes et comportements est primordiale.

En tant que directeur des soins, nous soutiendrons une politique de soin autour de l'accueil dans les unités de soins afin de professionnaliser cette dimension. Cette démarche aura une utilité pour tous les recrutements néanmoins une vigilance particulière sera portée sur l'accueil des professionnels avec restrictions médicales étayée par les valeurs de respect, d'équité qu'est en droit d'attendre tout agent.

.Construire un plan d'intégration

L'intégration est la dernière étape d'une affectation. Il convient d'en garantir la réussite afin d'éviter les désillusions réciproques. Bien intégrer est donc une affaire de méthode mais aussi et surtout de comportement comme pour l'accueil. Ce dernier pose le principe de la qualité du projet de travailler ensemble, il ne suffit pas, il amorce seulement le démarrage des interactions professionnelles.

Dans la situation du retour au travail des professionnels avec restrictions d'aptitude nous sommes face à des agents ayant une expérience. Loin d'en faire fi, il nous paraît essentiel, que leurs compétences soient prises en compte dans le parcours intégratif. Ainsi dans notre future fonction, nous créerons un groupe de travail afin d'élaborer un plan d'intégration. L'objectif de ce groupe de travail sera de déterminer le cadre général décrivant les outils et méthodes à mettre en œuvre dans le service pour construire des parcours individualisés ou contrat d'intégration. L'objectif étant de construire un contrat type qui servira de référence à l'encadrement. Lors de l'enquête, nous avons observé que la formalisation de l'intégration n'existe pas et il nous semble que c'est un axe de travail à développer sur ces structures.

Nous attendons plus particulièrement que soit abordé les étapes incontournables de la mise en œuvre concrète du contrat d'intégration qui comprendra notamment :

- le listing des savoirs à acquérir au regard du bilan des savoirs spécifiques au service,
- le calendrier priorisé en fonction de la fréquence, de l'importance, du risque ou des possibilités de l'apprenant.
- les modalités d'évaluation et les indicateurs de résultats par thématiques.

Nous souhaitons que ce groupe soit constitué de cadres de santé, de professionnels, des partenaires sociaux afin d'obtenir un résultat consensuel.

Nous soutiendrons un travail autour de la pertinence des objectifs car trop ambitieux, ils découragent, trop limités ils démotivent. La juste mesure est la cible. L'échange avec le professionnel et la possibilité de réajustement sans jugement sont les clés de réussite que nous défendrons.

Au travers de ce contrat d'intégration, notre volonté est de porter une démarche contractuelle où chaque membre de l'équipe aura une place et où l'agent par son histoire professionnelle devient également porteur de compétences et favorise l'étayage identitaire.

3.3. Suivre et évaluer pour faire vivre

Nous concluons cet ultime chapitre en traitant du rôle essentiel de l'évaluation. Nous avons constaté lors de l'enquête comme nous l'a précisé le DRH B «*faire des choses on y arrive mais les évaluer c'est plus délicat*». Pourtant l'évaluation est une des garanties d'optimisation et de pérennisation d'un dispositif. Cette démarche se veut être à la fois suivie dans son déploiement puis évaluée dans son fonctionnement pour favoriser sa lisibilité pour tous les acteurs et la réajuster si nécessaire.

3.3.1. Modalités de suivi,

Nous avons abordé dans nos préconisations la place que nous accorderons à la CSIRMT dans le suivi de l'état d'avancement du projet de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques. Réglementairement, la CSIRMT se réunit au minimum trois fois par an. Nous organiserons en tant que président de la dite commission, un temps au cours de chacune des réunions pour faire un point d'avancement sur les fiches actions du PSIRMT.

Ce mode de suivi aura le double avantage de poser concrètement l'état de déploiement du projet et de communiquer sur la thématique de la gestion des professionnels avec restrictions d'aptitude. Nous avons constaté sur les deux établissements enquêtés que ce type de lien reste à déployer.

De plus, en tant que membre de la direction, nous soutiendrons auprès du directeur et de nos collègues, l'idée de créer un groupe de suivi du projet d'établissement pour garantir la réalisation des actions déterminées.

3.3.2. Modalités d'évaluation

Pour tout projet suivre sa mise en œuvre et l'assurance de le voir naître, cependant c'est la qualité de son fonctionnement qui le valide concrètement. Un indicateur est une information chiffrée qui objective une situation, facilite la négociation, justifie la décision et argumente le résultat. Dans ce dispositif, nous envisageons une évaluation à double entrée : les indicateurs de processus et les indicateurs de résultats.

- Des indicateurs de processus

Ils visent à suivre le nombre et le types d'actions menées dans un processus. Nous retiendrons dans ce dispositif les indicateurs de processus suivants :

- Nombre de réunions de la commission dédiée,
- Nombre de dossiers présentés en commission,
- Taux de dossier analysé par l'encadrement,
- Nombre de pôles ayant réalisé la cartographie des métiers et compétences.

- Des indicateurs de résultats

Ils servent à déterminer si l'activité a ou non atteint les objectifs visés ou produit les résultats voulus. Sur notre thématique nous retiendrons :

- le taux de présentéisme,
- le taux de réussite des intégrations,
- le nombre de professionnels avec restrictions médicales réintégrés,
- le nombre d'échecs de réintégration : arrêts maladie d'arrêt, demande de départ....

Ces indicateurs seront suivis semestriellement et feront l'objet d'une large diffusion au niveau de la CSIRMT, des réunions avec les cadres de santé, commission de gestion notamment.

Les résultats des indicateurs retenus seront analysés plus particulièrement au sein de la commission dédiée à la gestion des personnels avec restrictions médicales afin d'identifier les réajustements à mener et inclure ce dispositif dans une démarche d'amélioration continue de la qualité

Conclusion

En France, dans un contexte de performance et d'allongement des années de cotisation pour les salariés, les hôpitaux se trouvent face à une double contrainte, réduire leurs coûts et maintenir dans l'emploi tous les professionnels.

La logique de carrière est prévalente dans le statut des fonctionnaires ; leur emploi est protégé réglementairement tout au long de leur parcours professionnel et cela même en cas de difficulté de santé.

Comme nous l'avons décrit dans notre travail, la gestion de ressources humaines même si elle est pilotée par le DRH, nécessite un traitement pluridisciplinaire des problématiques collectives et individuelles pour en assurer le meilleur résultat.

La clarté de la volonté politique doit se concrétiser dans une démarche transversale et participative. Le directeur des soins, par son positionnement institutionnel et sa connaissance en organisation des soins, doit s'y impliquer afin de favoriser son déploiement. Son management des cadres de pôle et des cadres de santé va être déterminant pour garantir l'efficacité du dispositif.

En ce sens, le statut du directeur des soins offre une réelle opportunité. D'une part positionné comme membre de la direction et du directoire, il dispose de la possibilité d'accompagner le projet de gestion des professionnels en inaptitude partielle. D'autre part, son rôle d'interface dans l'organisation polaire, va lui permettre de favoriser le déploiement au sein des pôles de la politique sociale de manière transversale.

Avant notre prise de fonction, nous avons bien conscience que la porte d'entrée de ce projet est la qualité de la collaboration entre le directeur des ressources humaines, le directeur des soins, le médecin du travail et les cadres de pôle. Elle permet d'assurer une gestion partagée des problèmes d'aptitude, de disposer de règles claires et de maintenir une approche équitable

La communication et la diffusion des informations sont un gage de réussite et de lutte contre la stigmatisation des agents en inaptitude partielle.

En qualité de directeur des soins, il nous appartiendra de déployer une gestion personnalisée des agents auprès de l'encadrement. L'enquête a bien confirmé la place des représentations et des perceptions à la fois des agents et des équipes dans la réussite de l'intégration d'un agent avec restrictions d'aptitude. Aussi, nous conserverons une vigilance particulière dans la gestion des dossiers afin d'aider l'encadrement à

repérer les positions des équipes et des agents dans ce contexte. Ce travail nous a apporté des éclairages nouveaux sur les représentations et les enjeux du retour au travail des professionnels avec restrictions d'aptitude et va nous permettre d'appréhender plus globalement cette gestion.

Enfin, gérer les problèmes d'aptitude consiste également à accompagner les actions préventives. Face à l'allongement des carrières, le déploiement sur les établissements de formations à la manutention, d'achats d'équipement spécifiques, de soutiens psychologiques aux équipes sont autant de palliatifs à l'apparition de réserves médicales. Le directeur des soins doit être l'acteur d'une réelle politique sociale au bénéfice de la qualité de vie au travail afin de préserver la richesse des ressources humaines paramédicales. Même si longtemps l'amélioration des conditions de travail et la prévention ont eu le pas sur la qualité de vie au travail, aujourd'hui c'est un thème phare notamment dans la certification de la Haute Autorité de Santé. Elles demeurent le socle de la qualité des soins aux patients dont nous sommes garant en tant que directeur des soins.

Ainsi, un accord interprofessionnel signé le 19 juin 2013 indique que «*La compétitivité des entreprises passe notamment par leur capacité à investir et à placer leur confiance dans l'intelligence individuelle et collective pour une efficacité et une qualité du travail. Elle dépend aussi de leur aptitude à conjuguer performances individuelles et collectives dans le cadre du dialogue social. La qualité de vie au travail contribue à cette compétitivité*». Pour les signataires, performance et compétitivité sont donc des bénéficiaires directs de la qualité de vie au travail.

Sources et bibliographie

Textes Législatifs et réglementaires

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE, Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière, version consolidée au 14 mars 2012, journal officiel du 11 janvier 1986

Arrêté du 11 juin 1990 relatif à la fiche d'aptitude établie à l'issue des examens médicaux par le médecin du travail des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, journal officiel du 14 juillet 1990.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, journal officiel du 30 septembre 2010.

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Décret n°89-376 du 8 juin 1989 pris pour application de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé version consolidée au 14 juin 1989

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE Circulaire n° DGOS/RH3/MEIMS/2012/228 du 8 juin 2012 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional crée par l'article 65 de la loi de financement social pour 2012.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE, Loi no 91-1405 du 31 décembre 1991 relative à la formation professionnelle et à l'emploi, journal officiel du 04 janvier 1992

Ouvrages:

BERNOUX P. 1985, *La sociologie des organisations*, Edition du Seuil, 379 p.

CROZIER M. FRIEDBERG E. 1977, *L'acteur et le système ; Les contraintes de l'action collective*, Première édition, Edition du Seuil, 504 p.

CROZIER M. 1994, *L'entreprise à l'écoute : apprendre le management post industriel*, Points Essais, 204 p.

HERZLICH C. 2005, *Santé et Maladie : analyse d'une représentation sociale*, Ecole des Hautes Etudes en sciences Sociales ,210 p.

NORBERT A. 2012. *Sociologie du monde du travail*, Puf, 362 p.

SAINSAULIEU I. 2003, *Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital*, L'Harmattan,238 p.

Articles :

ABOU-ANOMA G. SCHALLER A. septembre 2013, « Arrêt de travail : de l'analyse à la reprise », *Références en santé au travail n°135*, p97-106.

AGENCE NATIONALE POUR LES CONDITON DE TRAVAIL, janvier/février 2010, « Absentéisme, le débat est ouvert, travail et changement », *n°329*, 16p.

DODIER N .1983. « La maladie et le lieu de travail ». *Revue française de sociologie*. 24-2. pp. 255-270.

DORTIER JF. juin 2010, « Combattre, fuir, subir ? », *Sciences humaines n°216*, rubrique les épreuves de la vie,

HA C. ROQUELAURE Y. 9 février 2010, « Troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle en France. Où en est-on aujourd'hui ? », *BEH thématique 5-6*, p 35-36

MARQUET S. février 2013, « A la recherche d'une main œuvre idéale », *Soins cadres n°85*, p33-35

MOCELLIN MC. mars 2013, « La mise en œuvre d'une politique handicap », *Gestion Hospitalières n°524*, p178-184.

Rapports et documents :

DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, Edition 2012, *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique*, La documentation française, 422p.

FOND POUR L'INSERTION DES PERSONNES HANDICAPEES DANS LA FONCTION PUBLIQUE, *Guide de l'employeur public*, Caisse des dépôts, 2009, 153p.

KRYNEN B, YENI I, FOURNALES R, *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour raison de santé*, Décembre 2012, Rapport de l'inspection générale des affaires sociale et de l'inspection générale de l'administration, 160p

Mémoires

BELKACEN D. 2012, *Stratégie hospitalière ; la gestion personnalisée des agents (GPA), un levier de transformation des ressources humaines*, Mémoire EHESP filière attaché d'administration hospitalier, 83 p.

BIDEPLAN F. 2006, *Pour une gestion adaptée de l'inaptitude, l'exemple du centre hospitalier de DAX*, mémoire ENSP filière directeur d'hôpital, 118p.

DEFAIN P. 2005, *Améliorer la gestion des personnels soignants en difficulté*, mémoire ENSP filière directeur de soins, 71p.

GANTNER MT. 2008, *La gestion des postes aménagés : une politique de promotion de la santé au travail*, mémoire EHESP filière directeur des soins, 37p.

Sites internet

HEMERY P, Jusqu'à 14% d'absentéisme pour raison de santé dans les hôpitaux 28/11/2012, HOSPIMEDIA.www.hospimedia.fr consulté le 23 janvier 2014

DIRECCTE des pays de Loire, décembre 2012, aptitudes et inaptitudes médicales au poste de travail, www.travailler-mieux-gouv.fr, consulté 10 mai 2014

Liste des annexes

Annexe 1 : Profils des personnes interviewées

Annexe 2 : Grille entretien DRH, DIRECTEUR DES SOINS, Médecin du travail CSS, CS.

Annexe 3 : Grille entretien personnels avec restriction

Annexe 1 : Profil des personnes interviewées

Fonctions	Etablissement A	Etablissement B
DRH	X	x
DIRECTEUR DES SOINS	X	x
Médecin du travail	X	x
Assistante sociale du personnel		x
CSS	X	X
CS	X	X
Infirmier	x	x

Annexe 2 : Guide d'entretien DRH, DIRECTEUR DES SOINS, Médecin du travail CSS, CS.

Causes des inaptitudes

Quelles sont selon vous les causes essentielles d'inaptitudes ?

Quelles sont pour vous les inaptitudes les plus délicates à traiter ?

Quelles sont vos critères qui vous permettent d'identifier qu'un professionnels est en difficulté ?

Quand vous identifier un professionnel en difficulté que faites-vous ?

Procédure de gestion

Quel dispositif de signalement des agents en difficulté dans leur exercice existe sur votre établissement ?

Quel est votre rôle ? quel rôle à le directeur des soins ?

Quel parcours est proposé à l'agent en difficulté

Quels sont vos interlocuteurs, partenaires dans cette démarche ?

Aménagement de poste

Existe-t-il une démarche a priori des postes allégé, adaptable ?

Quel est votre rôle dans le repérage, les actions d'adaptation ?

Quel démarche d'intégration des agents avec inaptitude est mise en œuvre ?

Quel en est le suivi et par qui ?

Cet accompagnement est-il couronné de succès à chaque fois ? Si non quelles sont les causes d'échec les plus fréquentes ?

Représentations :

Quel regard portez-vous à l'égard des personnes avec inaptitude ?

Quels sont les rapports entre les agents en poste adapté et le reste des équipes ?

La cohabitation est-elle possible pour vous ? si non pourquoi ?

Quels sont pour vous les atouts essentiels de l'intégration de personnels avec réserve médicale ? Pourquoi ?

Quelles sont pour vous les limites à l'intégration de personnels avec réserve médicale ? Pourquoi ?

D'après vous qu'est ce qui pourrait améliorer le maintien ou retour au travail des personnels avec inaptitude ?

Avez-vous autre chose à ajouter.

Annexe 3: Guide d'entretien des professionnels soignants avec restriction médicale

Fonction:

Diplôme :

Age :

Ancienneté dans la fonction publique hospitalière

Origine de la restriction médicale :

Année d'apparition

Typologie de la restriction

Modalités d'information de la hiérarchie

Modalités d'information des collègues et de l'encadrement

Gestion de la restriction :

Comment c'est déroulé votre changement de poste

Quelle a été la durée de la démarche

Quels ont été vos Interlocuteurs principaux

Quel rôle a eu le directeur des soins

Avez-vous demandé un reclassement ?

Gestion de la prise de poste

Avez-vous bénéficié d'une formation avant la prise de poste ?

Quel accompagnement a été mis en place lors de votre prise de poste et avec qui ?

Avez-vous eu des difficultés à la prise de votre nouveau poste ?

Etes-vous toujours sur le même poste ? si non que c'est-il passé ?

Répercussions et représentations

Quels sont les principaux changements dans votre exercice professionnel voire dans votre vie personnel ?

Quelles ont été les relations avec vos collègues et l'encadrement ?

Qu'est-ce qui a été facile et difficile ?

Quel regard portez-vous sur votre ancien exercice professionnel ?

Etes satisfait(e) aujourd'hui et pourquoi ?

Quelles améliorations vous semblent nécessaires à apporter au dispositif ?

Avez-vous autre chose à ajouter ?

GOURRAUD

CHANTAL

Décembre 2014

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2014

Contribution du directeur des soins à l'intégration des professionnels paramédicaux présentant des restrictions médicales

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

La réforme des retraites conduit à l'allongement de la durée des carrières des professionnels paramédicaux. Face à ce changement, les établissements de santé sont confrontés à deux injonctions parfois difficiles à concilier : la performance médico-économique et le maintien à l'emploi des professionnels avec restriction d'aptitude.

Le Directeur des ressources humaines assure le pilotage de la gestion des personnels cependant le directeur des soins en tant que membre de la direction expert en organisation des soins doit s'y impliquer pour potentialiser le déploiement de la démarche.

Ainsi, la collaboration entre le directeur des ressources humaines, le médecin du travail et l'encadrement est un élément de réussite du projet de maintien et de retour au travail des agents avec restriction d'aptitude.

L'enquête menée sur deux établissements de santé confirme la nécessité d'une approche pluridisciplinaire soutenue par une politique partagée inscrite dans le projet social et le projet de soins.

Participer activement au déploiement de la politique institutionnelle, personnaliser la gestion des personnels avec une aptitude partielle, formaliser les contrats d'intégration et renforcer le rôle de l'encadrement sont autant de moyens à disposition du directeur des soins pour contribuer à la gestion des personnels paramédicaux avec restriction d'aptitude.

Mots clés : Etablissement de santé, Fonction publique hospitalière, aptitude partielle, directeur des soins, maladie et rôle social, maladie et lieu de travail, contrat d'intégration, projet social, projet de soins, gestion personnalisée

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