



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur des Soins**  
**Promotion 2004**

---

**LA GESTION DES POSTES AMÉNAGÉS À  
L'HÔPITAL :  
POURQUOI PAS UNE PLUS-VALUE  
POUR L'INSTITUTION?**

---

**Patrick REMY**

---

# Remerciements

---

À toutes les personnes qui par leur aide, leurs encouragements, leurs conseils, leur participation et parfois la patience dont elle ont su faire preuve trouvent ici l'expression de mes remerciements.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 LE CADRE THÉORIQUE.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 L'ABSENTÉISME : UN PHÉNOMÈNE ENDÉMIQUE AUX ORIGINES         MULTIFACTORIELLES.....</b>	<b>9</b>
1.1.1 DEFINITION. ....	9
1.1.2 LES ORIGINES.....	10
<b>A) LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL.....</b>	<b>10</b>
a) La confrontation aux changements organisationnels :.....	11
b) Une reconnaissance insuffisante ou ressentie comme telle :.....	11
<b>B) LES RISQUES PHYSIQUES.....</b>	<b>12</b>
<b>C) LA SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE.....</b>	<b>12</b>
<b>D) LE VIEILLISSEMENT DU PERSONNEL HOSPITALIER.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 LE STATUT DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE :         UN STATUT PROTECTEUR.....</b>	<b>14</b>
1.2.1 LE GRADE : .....	14
1.2.2 L'EMPLOI : .....	14
1.2.3 LE MÉTIER : .....	14
1.2.4 LE CORPS : .....	14
1.2.5 LE POSTE DE TRAVAIL : .....	15
<b>1.3 LE RISQUE MALADIE.....</b>	<b>15</b>
1.3.1 LA MALADIE ORDINAIRE.....	15
1.3.2 LA LONGUE MALADIE.....	16
1.3.3 LA MALADIE DE LONGUE DURÉE.....	16
1.3.4 LE MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE. ....	16
1.3.5 LE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL. ....	17
<b>1.4 LE RISQUE ACCIDENT DE SERVICE, MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE         ET MALADIE PROFESIONNELLE.....</b>	<b>17</b>
<b>1.5 DE L'APTITUDE À LA FONCTION.....</b>	<b>17</b>
<b>1.6 ET À L'APTITUDE AU POSTE DE TRAVAIL. ....</b>	<b>18</b>
<b>1.7 AU POSTE AMÉNAGÉ.....</b>	<b>19</b>
<b>1.8 UN DISPOSITIF ET DES ACTEURS POUR PRÉVENIR ET REMÉDIER.....</b>	<b>20</b>

1.8.1	LE MÉDECIN AGRÉÉ.....	20
1.8.2	LE MÉDECIN DU TRAVAIL.....	21
1.8.3	LE COMITÉ MÉDICAL.....	22
1.8.4	LA COMMISSION DE RÉFORME.....	23
1.8.5	LE COMITÉ D'HYGIENE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (CHSCT).....	23
1.8.6	LE BILAN SOCIAL.....	23
1.8.7	LE PROJET ANNUEL DE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ET D'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (PAPRI Pact).....	23
<b>1.9</b>	<b>DES CHIFFRES POUR MESURER UN PHÉNOMÈNE.....</b>	<b>24</b>
1.9.1	L'ABSENTÉISME AU PLAN NATIONAL.....	24
1.9.2	L'ABSENTÉISME AU CHU A.....	27
1.9.3	L'ABSENTÉISME AU CHU B.....	28
1.9.4	L'ABSENTEISME EN CHIFFRES.....	29
	<b>a) Evolution comparée de l'absentéisme pour motif médical des CHU A et B et des données nationales :.....</b>	<b>29</b>
	<b>b) Répartition des journées d'absence selon le motif :.....</b>	<b>30</b>
	<b>c) Nombre d'accidents du travail avec arrêts :.....</b>	<b>31</b>
	<b>d) Nombre de journées de rechutes après accidents de travail :.....</b>	<b>32</b>
1.9.5	LES POSTES AMÉNAGÉS DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE : UNE RÉALITÉ DIFFICILE À APPRÉHENDER.....	35
1.9.6	LES POSTES AMÉNAGÉS AU CHU A.....	37
1.9.7	LES POSTES AMÉNAGÉS AU CHU B.....	37
<b>2</b>	<b>PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE.....</b>	<b>38</b>
2.1	LA DÉMARCHE DE LA RECHERCHE.....	38
2.2	LE CHOIX L'OUTIL.....	38
2.3	LES LIMITES DE L'ENQUÊTE.....	39
2.4	LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	40
<b>3</b>	<b>PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....</b>	<b>41</b>
3.1	Les causes et représentations de l'absentéisme :.....	41
3.2	Les représentations et perceptions des postes aménagés :.....	43
3.3	La connaissance des acteurs et des processus impliqués dans la mobilisation des postes aménagés :.....	45
3.4	Identification des postes aménagés :.....	46
3.5	Quelles justifications aux postes aménagés :.....	49

3.6	<b>Evaluation et suivi des agents en poste aménagé :</b> .....	<b>51</b>
3.7	<b>Collaboration pluridisciplinaire au service des postes aménagés :</b> .....	<b>53</b>
3.8	<b>BILAN DES ENTRETIENS</b> .....	<b>55</b>
3.8.1	La modification des représentations des postes aménagés.....	56
3.8.2	La facilitation de la reprise d'activité et la diminution de l'absentéisme consécutif aux inaptitudes.....	57
3.8.3	L'efficacité d'une participation multidisciplinaire. ....	58
<b>4</b>	<b>PROPOSITIONS D'ACTIONS</b> .....	<b>61</b>
4.1	<b>STRATÉGIE D'IMPLANTATION</b> .....	<b>61</b>
4.1.1	Inscrire le projet dans la logique institutionnelle. ....	61
a)	<b>Le projet social.</b> .....	61
b)	<b>L'accréditation.</b> .....	61
4.2	<b>UNE ACTION A DEUX NIVEAUX</b> .....	<b>62</b>
4.2.1	DE LA RESPONSABILITE INSTITUTIONNELLE. ....	62
a)	<b>Une GPEC intégrant la gestion des personnels en difficulté</b> .....	62
b)	<b>Prévenir les accidents du travail et les maladies professionnels</b> .....	63
c)	<b>Aide au retour à l'emploi après les arrêts de longue durée</b> .....	63
d)	<b>Dépister et reconnaître la souffrance psychique</b> .....	64
e)	<b>Une collaboration multidisciplinaire pour une efficacité accrue</b> .....	64
f)	<b>Une communication institutionnelle au service du projet</b> .....	65
4.2.2	À LA RESPONSABILITÉ DU DIRECTEUR DES SOINS.....	66
a)	<b>Le comité de réflexion sur les postes aménagés</b> .....	66
b)	<b>À la recherche des potentiels</b> .....	68
c)	<b>Quel rôle pour l'encadrement ?</b> .....	68
d)	<b>Evaluer pour mieux ajuster</b> .....	69
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>71</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>73</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AES</b>	Accident exposant au sang
<b>AS</b>	Aide-soignant
<b>ASH</b>	Agent des services hospitaliers
<b>CHSCT</b>	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CLD</b>	Congé de longue durée
<b>CLM</b>	Congé de longue maladie
<b>CSP</b>	Code de la santé publique
<b>DRH</b>	Directeur des ressources humaines
<b>DS</b>	Directeur des soins
<b>EPS</b>	Établissement public de santé
<b>ETP</b>	Équivalent temps plein
<b>FPH</b>	Fonction publique hospitalière
<b>GPEC</b>	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
<b>PRN</b>	Programme de recherche en nursing
<b>SIIPS</b>	Soins infirmiers individualisés à la personne soignée

## INTRODUCTION.

Les profondes mutations qui ont traversées l'hôpital durant ces dernières décennies, la démographie des personnels hospitaliers, le vieillissement des professionnels lié en partie à l'allongement de la durée de la carrière, la mise en œuvre des 35 heures sont autant d'éléments auxquels les équipes sont confrontées. Les évolutions technologiques, les réorganisations du système de soins dans un contexte d'exigences accrues, de quête permanente d'amélioration du service rendu aux usagers influent sur le travail humain et poussent vers une efficacité accrue.

Les établissements, afin de faire face à ces évolutions doivent mobiliser leurs ressources humaines et mettre en place des organisations optimales. Mais celles-ci sont fragiles et soumises à de nombreuses perturbations. L'absentéisme en est un des principaux facteurs de déstabilisation. Il a pour effet de désorganiser les services et donc de nuire à la qualité des soins. De plus, par l'accroissement des charges qu'il entraîne, il devient lui-même source d'absentéisme en fragilisant des agents déjà fatigués et surchargés.

Dans ces conditions exigeantes, certains soignants se trouvent en difficulté en raison de problèmes physiques ou psychologiques liés ou non à l'exercice de leur profession. Jusqu'à un passé récent, la prise en compte de ce phénomène dans les établissements publics de santé a longtemps revêtu un caractère individuel. Postes "sur mesures", "postes doux", affectations en sureffectif étaient autant de réponses informelles mises en place par les organisations.

Mais le durcissement d'un contexte économique déjà difficile et la dérive des dépenses de santé imposèrent une rationalisation du système de soins. Elle intervint en avril 1996 avec les ordonnances dites JUPPÉ. Il s'agit désormais de tendre vers une qualité de soins optimale tout en mettant en place une réelle maîtrise des dépenses de santé.

Or la part principale des charges de fonctionnement des établissements publics de santé (jusqu'à 80%) est constituée de dépenses liées au personnel. L'importance du potentiel humain tant du point de vue financier que de sa place dans le dispositif d'organisation des soins, de la raréfaction de certaines catégories de personnels telles les infirmières et du contexte économique prévalant aujourd'hui imposent aux organisations un mode de réponse aux problèmes posés par les agents en difficulté différent de celui

adopté jusqu'alors. Pour être efficaces, les efforts des établissements publics de santé doivent s'orienter en direction de la prévention et de la recherche de solutions efficaces, adaptées et sans doute personnalisées et le tout à moyens constants. Cette démarche bien qu'encore émergente doit trouver sa place dans la politique de gestion des ressources humaines des établissements.



## EXPRESSION DE LA PROBLÉMATIQUE.

### CHOIX DU THÈME.

La rédaction d'un mémoire n'est pas seulement le résultat d'une commande pédagogique. C'est aussi l'occasion à travers la réflexion et la recherche qu'il impose de s'interroger sur des pratiques, de se plonger dans la compréhension de mécanismes et comme le soulignent R. QUIVY et L. VAN CAMPENHOUDT<sup>1</sup> dans leur ouvrage *Manuel de recherche en sciences sociales "de concevoir et de mettre en œuvre un dispositif d'élucidation du réel."*

Le choix de traiter le sujet répond à plusieurs intérêts : certains, sont d'ordre personnel et éthique et d'autres intéressent directement la fonction à laquelle nous nous destinons.

Au cours de notre carrière dans l'établissement où nous travaillions jusqu'alors, nous avons été confronté à des collègues soignants qui ont du faire face à des inaptitudes physiques et/ou psychologiques médicalement reconnues et ainsi bénéficier de postes aménagés. Quelqu'en est pu être l'origine, aucun d'entre eux ne l'avait choisi et tous le vivaient difficilement. Ces agents dont la manière de servir semblait jusqu'alors satisfaire l'institution, paraissait devenir une charge dès lors qu'ils ne pouvaient plus faire face aux exigences de leurs fonctions. Les termes peu avenants utilisés dans les institutions pour désigner les agents en postes aménagés en sont parfois la cruelle expression.

Cette approche humaine et les interrogations éthiques qu'elle sous-tend ont été des éléments déterminants dans le choix de notre thème.

Cette problématique nous interpelle également en qualité de directeur des soins. Le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière précise dans son article 4, alinéa 4: "*le directeur des soins participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation.*"

C'est parce que nous serons donc régulièrement confronté à ce sujet qu'il nous a semblé opportun à cette occasion de mener une réflexion en ce sens. En tant que directeur des soins, nous sommes soucieux de préserver l'efficacité des organisations de travail mais aussi de maintenir un niveau élevé de motivation et d'implication des soignants quelques soient leurs aptitudes ou inaptitudes. Il nous faudra par conséquent concilier les intérêts des agents avec ceux de l'institution afin de préserver in fine ceux des patients et de leur assurer la qualité des soins qu'ils sont en mesure d'attendre.

---

<sup>1</sup> QUIVY R. et VAN CAMPENHOUDT L. – *Manuel de recherche en sciences sociale* 2<sup>e</sup> édition – Paris, 1995

Nous espérons que fort de cette réflexion menée pendant plusieurs semaines et enrichi des enseignements que nous avons pu en dégager, nous serons plus à même de faire preuve de la compréhension nécessaire au problème humain que cela pose et de répondre plus efficacement aux difficultés organisationnelles qui en découlent.

## **LE CONSTAT.**

Chaque année, à l'issue de congés pour raisons de santé, de visites auprès du médecin du travail ou de signalements émanant de l'encadrement ou des agents eux-mêmes, des soignants sont déclarés partiellement ou totalement inaptes à occuper leurs fonctions initiales. Ces problèmes de santé physiques et/ou psychologiques peuvent être en lien avec l'exercice professionnel, consécutifs à des accidents du travail ou occasionnés par les accidents de la vie. Ne pouvant plus assurer la mission dont ils avaient la charge, ils continuent à bénéficier néanmoins du statut protecteur de la Fonction Publique Hospitalière avec la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986<sup>2</sup>.

Ainsi, ces personnels ont pu être remplacés et longtemps leur affectation en surnombre, avec des missions pas ou mal définies constituait le mode de réponse des EPS<sup>3</sup> à cette problématique. Ce traitement en dehors des problèmes humains et éthiques qu'il peut engendrer a été utilisé par les établissements publics de santé jusqu'à ce que les contraintes financières leur imposent la recherche de solutions nouvelles. Il importe désormais de permettre aux agents dont le potentiel de travail est modifié, de continuer néanmoins à en faire bénéficier l'organisation qui les emploie.

Car comme le souligne l'Organisation Mondiale de la Santé, les difficultés dues à l'inadéquation "capacités de l'agent / contraintes du poste" génèrent un désavantage en environnement professionnel. Celui-ci peut être compensé partiellement ou en totalité par un aménagement de poste de travail ou un reclassement professionnel. Mais dès lors ce pose aux institutions de nouveaux problèmes:

- ♦ Les équipes sont-elles disposées à accepter en leur sein dans un contexte de densification de la charge de travail, des agents dont les fonctions sont allégées?
- ♦ Acceptent-elles d'assumer cette surcharge de travail?
- ♦ Les institutions ont-elles les capacités et les moyens d'aménager les postes de travail à moyens constants?

---

<sup>2</sup> Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, Loi portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

- ♦ Cet aménagement de poste si celui-ci est très personnalisé peut mettre l'accent sur la différence du salarier par rapport à ses collègues de travail.
- ♦ L'agent peut-il supporter cette différence?
- ♦ De même le collectif est-il préparé à la mise en évidence des difficultés rencontrées par l'agent dans la vie quotidienne au sein de l'établissement?
- ♦ Les agents concernés sont-ils en capacité d'accomplir de nouvelles fonctions? En ont-ils la volonté?
- ♦ L'institution est-elle en mesure de prendre en compte le choix et les motivations de l'agent?

## **LE QUESTIONNEMENT.**

C'est pourquoi, nous avons concentré l'ensemble de ce questionnaire non exhaustif autour d'une question centrale :

**En quoi, la mise en adéquation entre l'aménagement de postes de travail motivants, les inaptitudes physiques et/ou psychologiques des soignants, leurs capacités et compétences ainsi que leurs motivations avec les besoins institutionnels favorise-t-elle la réinsertion professionnelle et la diminution de l'absentéisme?**

Ignorer ou sous-estimer cette problématique expose les institutions à se priver d'un potentiel certes modifié mais pouvant néanmoins continuer à bénéficier aux organisations.

## **LES HYPOTHÈSES.**

Ce qui nous amène à formuler les hypothèses suivantes :

**1. Afin de favoriser la reprise d'activité et de diminuer l'absentéisme consécutif aux inaptitudes médicalement reconnues, la gestion personnalisée des agents en difficulté doit représenter un axe fort de la politique sociale de l'institution.**

**2. Une gestion personnalisée efficiente des agents en difficulté, recherche l'adéquation entre les intérêts de l'institution et ceux des agents.**

---

<sup>3</sup> Établissement Public de Santé.

**3. Une politique de gestion des postes des personnels en difficulté s'inscrivant dans une GPEC<sup>4</sup> renforce l'efficacité professionnelle des agents et facilite leur intégration au sein des équipes de travail.**

## **LE CHAMP DE L'OBSERVATION.**

Cette observation s'est déroulée de janvier à avril 2004. Nous avons choisi de l'orienter en direction de deux Centres Hospitaliers Universitaires que nous désignerons par A et B. Ceux-ci ont en commun un nombre de lits équivalent ainsi qu'un effectif soignant sensiblement voisin. Ils se différencient entre autre par une gestion différente des postes aménagés et des personnels en difficulté.

Le **CHU<sup>5</sup> A** a élaboré et conduit depuis plusieurs années une politique formalisée en matière de gestion des postes aménagés et des personnels en difficulté. Elle est elle même un des éléments constitutifs d'un vaste programme intéressant l'ensemble de l'établissement intitulé : protection, sécurité et santé au travail.

La gestion des personnels en difficulté au **CHU B** si elle représente une réelle préoccupation pour ses dirigeants ne dispose pas pour l'heure de la même formalisation. Elle ne s'inscrit pas dans une politique institutionnelle structurée et sa mise en œuvre revêt un caractère plus empirique.

Dans ce travail que nous avons voulu limité aux personnels soignants<sup>6</sup> de la fonction publique hospitalière nous envisagerons dans une **première partie** d'élaborer le cadre conceptuel et théorique constituant l'environnement de notre recherche en précisant ce que sont :

- les notions d'absentéisme et de conditions de travail.
- les dispositions réglementaires et statutaires des agents de la FPH<sup>7</sup>
- les notions d'aptitudes et d'inaptitudes professionnelles.
- les postes aménagés.
- les dispositifs mobilisables en matière de gestion personnalisée des agents en difficulté et qui sont les acteurs concernés.

---

<sup>4</sup> Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

<sup>5</sup> Centre Hospitalier Universitaire.

<sup>6</sup> Lire partout personnels non médicaux, infirmières, aide-soignantes, agents des services hospitaliers, personnels médico-techniques et de rééducation.

<sup>7</sup> Fonction Publique Hospitalière.

La **deuxième partie** sera consacrée à la présentation de données chiffrées recueillies dans les deux établissements enquêtés concernant l'absentéisme et les postes aménagés permettant ainsi de dégager des éléments de comparaisons entre eux. Ces données seront mises également en perspective avec des statistiques nationales.

Après une description de la méthodologie utilisée, la **troisième partie** sera consacrée à la présentation de l'enquête et à l'analyse des résultats.

Nous consacrerons la **quatrième et dernière partie** à la présentation de nos propositions d'actions et aux enseignements que nous pouvons tirer de cette recherche en qualité de directeur des soins.

# 1 LE CADRE THÉORIQUE.

Il nous semble opportun d'engager notre approche théorique en clarifiant un certain nombre de notions en lien avec notre thématique et qui constituent son environnement. **L'absentéisme** en sera le premier élément. Il semble en effet difficile de mener une recherche en direction des postes aménagés et des personnels en difficulté sans évoquer ce phénomène qui pèse lourdement sur les organisations hospitalières.

## 1.1 L'ABSENTÉISME : UN PHÉNOMÈNE ENDÉMIQUE AUX ORIGINES MULTIFACTORIELLES.

### 1.1.1 DEFINITION.

L'examen de la littérature montre une grande hétérogénéité dans la définition de l'absentéisme.

Le grand Larousse encyclopédique<sup>8</sup> définit l'absentéisme comme étant: "*le fait d'être absent du lieu de travail, de l'école, d'une réunion, d'une assemblée, de tout lieu où, pour des raisons de travail, de participation à une action, on est tenu d'être présent*". Cette définition est large et peut recouvrir toutes les absences qu'elles soient prévues ou imprévues.

L'encyclopoedia Universalis<sup>9</sup> évoque quant à elle l'absentéisme comme "*l'habitude qu'ont certains travailleurs de négliger sans motifs valables de se rendre à leur travail*". Le phénomène est ici présenté comme étant des absences illégales, irrégulières, abusives et plus ou moins justifiées avec une intentionnalité évidente.

JM BONMATI<sup>10</sup> en définissant l'absentéisme comme "*la non présence au travail; et l'expression personnelle se traduisant par la diminution, volontaire ou non, de son temps réglementaire de travail*" permet d'envisager l'absentéisme comme un phénomène tantôt choisis ou tantôt subit par l'agent.

Certains auteurs comme H. LETEURTRE<sup>11</sup> ont fait état d'un absentéisme qu'ils ont appelé passif. Il se traduit par un manque d'efficacité, de productivité et crée un dysfonctionnement important pour l'institution.

---

<sup>8</sup> Grand Larousse Encyclopédique, Ed Larousse, Paris, 1984, Tome 1 p. 29

<sup>9</sup> Encyclopoedia Universalis Thésaurus Index, 1985, p.18

<sup>10</sup> Les ressources humaines à l'hôpital, J.M. Bonmati, p. 38, édition Berger Levrault, 1998

<sup>11</sup> Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier, Paris, Berger Levrault, 1991

Néanmoins en raison de l'absence d'indicateurs objectifs permettant d'appréhender ce type particulier d'absentéisme, nous ne retiendrons que celui qui peut être clairement identifié et qui consiste à ne pas se présenter au travail alors qu'on est inclus dans les effectifs du planning.

### 1.1.2 LES ORIGINES.

La pénibilité du travail induite par les contraintes liées aux horaires variables, à l'alternance des rythmes de travail mais aussi à la densification des charges de travail constituent autant de motifs d'absentéisme souvent évoqués.

La charge mentale inhérente à l'exercice en milieu hospitalier (contact avec la souffrance et la fin de vie, technicité accrue, recherche permanente de conciliation entre vie personnelle et professionnelle) peut contribuer à l'émiettement progressif de la motivation et de l'implication des professionnels et ainsi engendrer provisoirement ou durablement un absentéisme.

#### A) LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL.

C'est Herbert FREUDENBERGER, psychologue Américain qui dans les années 70 décrit le premier l'épuisement professionnel, traduction française du terme anglo-saxon "burn out syndrome". H FREUDENBERGER écrivait qu'au cours de son exercice professionnel quotidien, il observait **"des professionnels qui étaient parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles; sous l'effet de tension produite dans un monde du travail de plus en plus complexe, leur ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte."**

Cette "combustion interne" pour reprendre l'image de son auteur se caractérise par un épuisement émotionnel, une déshumanisation de la relation à l'autre et une perte de l'accomplissement de soi au travail. Cela se traduit par des manifestations physiques, maux de dos, céphalées, troubles gastro-intestinaux associés à des troubles psychologiques comme un sentiment de tristesse, de forte dévalorisation, des insomnies pour ne citer que les principaux.

L'usure professionnelle, autre appellation utilisée est favorisée par la conjonction de plusieurs facteurs dont :

**a) *La confrontation aux changements organisationnels :***

L'institution hospitalière est l'objet de changements répétitifs selon des périodicités de plus en plus fréquentes. Réformes hospitalières, ordonnances de 1996, mise en place des 35 heures, plan hôpital 2007 en sont quelques illustrations récentes.

S'ils n'ont d'autres objectifs que de tendre vers une amélioration du service rendu à l'utilisateur, ces changements sont néanmoins porteurs d'incertitudes et imposent souvent aux équipes des renoncements plus ou moins fondamentaux selon les cas et contraignent à l'abandon de ce qu'on nomme les habitudes. Chacun d'entre eux fragilisent temporairement les agents d'autant que les équipes sont au gré des restructurations souvent recomposées et qu'il leur faut reconstruire des repères nouveaux.

**b) *Une reconnaissance insuffisante ou ressentie comme telle :***

Le rôle de la reconnaissance dans le vécu du travail est primordial. Un effort mental minime, un travail monotone, des responsabilités faibles, le manque d'autonomie, un ressenti douloureux de la hiérarchie, un manque de liberté d'initiative, de faibles possibilités de participation aux décisions sont des éléments qui vont engendrer l'installation chez les soignants d'un sentiment de non reconnaissance du travail effectué. Celui-ci ne peut plus être perçu comme gratifiant.

Certaines études sur la relation des soignants avec le travail à l'hôpital comme celle menée par FANNELO et COL. en 2003 au CHU de Marseille révèlent l'importance pour les soignants de la possibilité de faire des suggestions et propositions et le rôle essentiel des rapports avec la hiérarchie. Ces deux composantes sont considérées comme des éléments de bien-être au travail.

Par ailleurs, l'absence de participation des équipes à certaines décisions, réflexions ou élaborations de projets renforce le sentiment de non reconnaissance de celles-ci. Les changements évoqués précédemment seront d'autant plus insécurisants que les soignants en seront insuffisamment tenus informés. On entrevoit le rôle déterminant d'un management qui favorisera la participation et la concertation dans un esprit d'équipe.

Le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas le seul facteur pouvant être à l'origine de l'absentéisme des agents. D'autres causes pouvant amoindrir les aptitudes des personnels sont à rechercher dans les conditions d'exercice même des différentes professions soignantes :



## **B) LES RISQUES PHYSIQUES.**

Ils sont en lien avec les manutentions répétées des patients dans des locaux et des conditions d'exécution pas toujours adaptés, les stations debout prolongées, les déplacements multiples (une aide-soignante d'après M. ESTRYN-BEHAR et H. POINSIGNON parcourt plus de 9 km/jour de travail<sup>12</sup>) constituent des éléments de pénibilité. Les accidents exposant au sang (AES) constituent les risques professionnels les plus fréquents dans les établissements de santé. Les actes de soins thérapeutiques – prélèvements, injections, poses de perfusion – occasionnent de nombreuses piqûres, coupures ou projections.

Les horaires et les plannings dans le secteur hospitalier sont atypiques. Assurer la continuité du service public impose en effet aux agents hospitaliers un grand nombre de contraintes qui pèsent sur le rythme de travail et peuvent devenir accidentogènes.

*Avec 20 % des accidents lors de la première heure de travail et presque 17 % lors de la deuxième heure, les risques d'accidents apparaissent plus prononcés en début de "journée professionnelle."*<sup>13</sup>

## **C) LA SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE.**

Pour des raisons qui tiennent à la subjectivité de son approche et à la difficulté d'établir son lien avec le travail, elle a longtemps été ignorée ou limitée à des situations particulières. La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 lui accorde une existence légale et énonce que l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Si le risque santé mentale ne peut être exclu dans aucune profession, certaines d'entre elles paraissent toutefois cumuler les facteurs favorables à son déclenchement. Il en est ainsi des caractéristiques du travail en milieu hospitalier : confrontation quotidienne à la maladie et à la mortalité, quantité importante d'informations à maîtriser, risques d'erreurs accrus en raison du niveau de technicité élevé, augmentation et densification de la charge de travail liée en partie à la baisse de la durée moyenne de séjour exposition de plus en plus fréquente à des actes de violence.

Les difficultés et les réticences des personnels à exprimer leur souffrance psychique rendent l'appréhension de ce risque encore mal aisé. Cette caractéristique favorise l'installation durable de troubles d'autant plus sévères qu'ils sont dépistés tardivement.

---

<sup>12</sup> ESTRYN-BEHAR M. et POINSIGNON H. - *Travailler à l'hôpital* – éd. Berger-Levrault, 1989

<sup>13</sup> Source : Dexia Sofcah - 2001

## D) LE VIEILLISSEMENT DU PERSONNEL HOSPITALIER.

Il constitue un facteur d'absentéisme aggravant. L'âge moyen d'un infirmier<sup>14</sup> est passé entre 1983 et 1998 de 34 à 40 ans. 58%<sup>15</sup> des personnels non médicaux de la fonction publique hospitalière sont âgés de plus de 40 ans. Les récentes modifications concernant l'âge de départ à la retraite impliquant un allongement de la carrière vont renforcer ce phénomène. Dans ces conditions, toutes les études mettent en évidence une augmentation à partir de 40 ans des troubles musculo-squelettiques, des risques métaboliques et cardio-vasculaires.

A ce constat, il faut corréliser l'augmentation de la durée moyenne des arrêts de travail avec l'âge. À titre d'exemple, on note des différences significatives dans la durée des arrêts consécutifs à un accident de travail<sup>16</sup> : alors que les moins de 30 ans enregistrent 20 jours d'absence par arrêt en moyenne, la tranche 40/49 ans compte 46,8 jours. Celle des 50/59 ans affiche 57,9 jours.

En guise de conclusion à cette approche des différents facteurs pouvant être à l'origine de l'absentéisme du personnel soignant nous reprendrons les conclusions du bilan des conditions de travail réalisé par le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels qui reconnaissait que *"le cumul de pénibilité à un haut niveau distingue le secteur de la santé de bien d'autres activités tertiaires."*

**Le statut des agents de la fonction publique hospitalière** constitue un autre élément déterminant de l'environnement de notre thème de recherche. Nous allons en conséquence nous attacher à définir précisément certaines notions qui nous seront utiles afin de mieux appréhender notre thématique.

---

<sup>14</sup> Mémoire Fritsch A Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – année 2000.

<sup>15</sup> Source: Synthèse annuelle des données sociales hospitalières établissements publics de santé 2001. Toutes catégories confondues.

<sup>16</sup> Source: Dexia Sofcah 2001

## **1.2 LE STATUT DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE : UN STATUT PROTECTEUR.**

On a l'habitude de dire que la fonction publique hospitalière a acquis ses lettres de noblesse avec la promulgation de la loi n°86.33 du 9 janvier 1986. Cette loi qui précise les dispositions particulières propres à la fonction publique hospitalière fait de tous les agents hospitaliers à l'exception des médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes, des fonctionnaires hospitaliers nommés et titularisés dans un grade des établissements publics.

Pour aborder cette partie, il convient dans le but d'éviter des divergences d'interprétation, de clarifier la signification de certains termes tels que le grade, l'emploi, le métier, le corps, et le poste de travail. Ces notions ainsi déterminées nous permettront d'avoir l'assurance d'utiliser la locution juste pour la suite de notre recherche.

### **1.2.1 LE GRADE :**

Il est le titre qui confère à son titulaire vocation à occuper l'un des emplois qui lui correspondent. Un fonctionnaire est titulaire de son grade. A chaque grade correspond une échelle indiciaire dotée de plusieurs échelons.

### **1.2.2 L'EMPLOI :**

Il correspond à deux notions. L'une est fonctionnelle et définit le contenu professionnel, la durée de permanence ou de précarité. L'autre est budgétaire, c'est à dire qu'un crédit gage son existence et permet de rémunérer celui qui l'occupe.

### **1.2.3 LE MÉTIER :**

Le concept de métier est assez nouveau dans le cadre de la fonction publique hospitalière. C'est une approche différente de toutes les approches statutaires et en particulier de celle des corps et grades. Elle repose sur quatre axes: la technicité, les informations reçues et traitées, les relations et la contribution économique.

### **1.2.4 LE CORPS :**

Un corps est un ensemble ordonné de grades qui sont tous soumis au même statut et qui appartiennent tous à la même catégorie. Le fonctionnaire voit sa carrière se dérouler à l'intérieur d'un corps mais il peut aussi changer de corps en cours de carrière.

### 1.2.5 LE POSTE DE TRAVAIL :

Il est identifié par sa localisation, sa qualification et son horaire. Il peut exister parfois une confusion possible avec l'utilisation seule du mot poste pour distinguer en réalité un emploi.

Désormais, ces notions définies, il nous est permis de nous intéresser à la protection du fonctionnaire lors de la survenue de certains risques. Nous limiterons volontairement en raison de l'objectif de notre recherche, notre propos aux risques maladie et accident de service et maladie professionnelle, les plus souvent à l'origine des inaptitudes médicalement reconnues.

## 1.3 LE RISQUE MALADIE.

La loi du 9 janvier 1986 prévoit trois types de congés lorsque le fonctionnaire ne peut assurer son activité professionnelle pour raisons de maladies constatées.

### 1.3.1 LA MALADIE ORDINAIRE.

Le fonctionnaire placé en congé de maladie est en **position d'activité**. Il est de droit placé en congé de maladie en cas de maladie dûment constatée. Il doit fournir à l'autorité administrative un certificat émanant d'un médecin, d'un chirurgien dentiste ou d'une sage-femme<sup>17</sup>.

La durée totale peut atteindre un 1 pendant une période de 12 mois consécutifs pendant laquelle il conserve l'intégralité de son traitement pendant les 3 premiers puis la moitié de celui-ci les 9 mois suivants.

Au terme d'une période de 12 mois, il est sollicité un avis auprès du comité médical départemental sur la reprise des fonctions. Si l'avis est favorable, le fonctionnaire reprend ses fonctions. Si celui-ci est dans l'incapacité de reprendre son service, il est :

- soit mis en disponibilité d'office après avis du comité médical.
- soit s'il le demande, reclassé dans un autre emploi.
- soit s'il est reconnu définitivement inapte à l'exercice de tout emploi, il est admis à la retraite après avis de la commission de réforme et avis conforme de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

---

<sup>17</sup> Décret n°88.386 du 19 avril 1988, art. 15.

### **1.3.2 LA LONGUE MALADIE.**

Le fonctionnaire placé en congé de longue maladie est en **position d'activité**. La longue maladie ne peut excéder une durée maximale de 3 ans. Trois conditions doivent être réunies pour que le fonctionnaire soit placé en CLM<sup>18</sup>. Il doit être dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, d'avoir la nécessité d'un traitement et de soins prolongés et présenter une affection ayant un caractère invalidant et une gravité confirmée.

L'arrêté du 14 mars 1986 fixe la liste des pathologies ouvrant droit au congé de longue durée.

Le comité médical formule un avis. C'est l'autorité investie du pouvoir de nomination qui prend la décision d'octroi au vu de l'avis du comité médical. La durée du congé de longue maladie est de 3 ans. Durant cette période, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement pendant 1 an et la moitié du traitement pendant les 2 années suivantes.

### **1.3.3 LA MALADIE DE LONGUE DURÉE.**

Le fonctionnaire placé en CLD<sup>19</sup> est en **position d'activité**. Un fonctionnaire atteint de l'une de ces 5 pathologies suivantes peut être placé en congé de longue durée : tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite, déficit immunitaire acquis.

Le congé de longue durée peut durer 3 ans rémunérés à plein traitement et 2 ans à demi-traitement.

### **1.3.4 LE MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE.**

Dans un objectif de réadaptation professionnelle progressive, l'agent est autorisé par le comité médical à reprendre ses fonctions à mi-temps rémunérées à temps plein suite à un congé de longue maladie ou de longue durée ou à une maladie contractée en service. La durée maximale du mi-temps thérapeutique est de 1 an.

---

<sup>18</sup> Congé de Longue Maladie.

<sup>19</sup> Congé de Longue Durée.

### **1.3.5 LE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL.**

Lorsque l'altération temporaire ou définitive de l'état physique du fonctionnaire le rend inapte à l'exercice de ses fonctions, il peut demander à être reclassé dans un emploi d'un autre corps pour lequel il pourra être déclaré apte.

En premier lieu, l'administration doit tout d'abord envisager d'adapter le poste de travail de l'intéressé. Si cela n'est pas possible, l'agent se verra affecté dans un autre poste de travail correspondant à son grade.

### **1.4 LE RISQUE ACCIDENT DE SERVICE, MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE ET MALADIE PROFESIONNELLE.**

Ce congé est accordé lorsque la maladie ou l'accident est survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions. Ceci inclus les transports de la résidence personnelle au lieu de travail. Tout accident du travail fait l'objet d'une déclaration dans les 48 heures et à l'établissement d'un certificat médical dit "initial".

Ce certificat ainsi que la déclaration serviront à la commission de réforme pour apprécier de l'imputabilité au service de l'accident. L'agent perçoit l'intégralité de son traitement durant la durée du congé.

Après 12 mois d'arrêt, la commission de réforme donne son avis sur l'aptitude ou l'inaptitude à la reprise.

Au regard de ce bref résumé de la législation des congés de maladie, on constate le rôle effectivement protecteur du statut. La maladie ou le handicap ne peuvent être motifs de perte d'emploi ou de droit. La recherche de solutions permettant aux agents de se maintenir dans leur emploi - au prix si besoin d'aménagements - aussi longtemps que leurs inaptitudes leur permet, est recherchée.

Avant d'aborder la problématique des postes aménagés, il nous semble indispensable de nous intéresser à la notion d'aptitude et notamment de vérifier à partir des textes comment le législateur s'en est saisi.

### **1.5 DE L'APTITUDE À LA FONCTION.**

Tout postulant à un emploi dans la fonction publique hospitalière doit remplir les conditions générales de recrutement qu'imposent les textes. L'article 5 de la loi du 13

juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires dispose que "*nul ne peut être fonctionnaire s'il ne remplit les **conditions d'aptitude physique requises** pour l'exercice de la fonction*".

La loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière réaffirme ce principe et l'étend aux agents stagiaires puis titulaires.

Le décret n°88-386 du 19 avril 1988<sup>20</sup> précise quelles sont les conditions d'aptitude physique. Ce décret apporte une garantie supplémentaire à l'établissement hospitalier qui recrute en lui permettant de vérifier l'aptitude à des fonctions et plus seulement une aptitude générale.

L'aptitude physique à la fonction doit être totale et concerner l'ensemble des tâches qui composent la fonction.

Afin de vérifier que les postulants à un emploi dans la fonction publique hospitalière satisfont aux exigences réglementaires en matière d'aptitude physique, ceux-ci doivent consulter un médecin généraliste agréé. Ce dernier établira un certificat médical constatant que le postulant n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité ou que celles-ci ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions futures.

## **1.6 ET À L'APTITUDE AU POSTE DE TRAVAIL.**

Il est prévu dans le décret n°85-947 du 16 août 1985<sup>21</sup>, une visite médicale d'admission auprès du médecin du travail. Celui-ci établit à l'issue de la consultation une fiche d'aptitude<sup>22</sup> qui atteste que le postulant est médicalement apte au poste de travail auquel il postule.

L'aptitude est le pivot autour duquel s'organise l'activité du médecin du travail. Fixer une aptitude, c'est apprécier la compatibilité, l'absence de compatibilité ou le degré de compatibilité entre l'état psychophysiologique d'une personne et les contraintes, les exigences et la pénibilité qui s'attache à son emploi. C'est le moment privilégié où se fait la synthèse entre l'étude du poste de travail et l'appréciation portée par le médecin sur l'état de santé de chaque personne. Cette aptitude sera abordée à la fois sous l'angle

---

<sup>20</sup> Décret relatif aux conditions d'aptitudes physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière.

<sup>21</sup> Modifiant le code du travail et relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux dans les établissements mentionnés à l'article L.792 du code de la santé publique et dans les syndicats inter hospitalier.

<sup>22</sup> Art. R.243-23 du code du travail

théorique adopté au travers des articles du code mais aussi sous certains aspects particuliers.

Cela suppose du médecin du travail comme le précise le décret du 16 août 1985 une connaissance précise du poste de travail et de l'affectation du candidat.

Les problèmes posés par l'altération de la santé du personnel sont toujours complexes. La circulaire du 21 novembre 1994 relative à l'application de l'art. L. 122-24-4 du code du travail stipule que "*l'aptitude ou l'inaptitude est ... appréciée par le médecin du travail. Il doit s'assurer de l'aptitude physique d'un salarié à son emploi en vérifiant l'adéquation entre l'état de santé du salarié et la charge physique et mentale dont est assorti son emploi*". Le médecin peut toujours émettre **un avis d'aptitude avec des restrictions** qui prennent en compte les capacités physiques et mentales (psychologiques) de la personne qu'il examine et proposer les aménagements de travail qu'il juge nécessaires.

La fiche d'aptitude remise à l'intéressé et transmise à l'administration est exempte de tout diagnostic afin de respecter le secret médical. Néanmoins, elle peut comporter le cas échéant, des recommandations ou des contre-indications.

La loi ayant fixée le cadre réglementaire, il appartient aux médecins généralistes agréés et particulièrement aux médecins du travail, d'apporter les garanties d'aptitude physique des postulants à un emploi dans la fonction publique hospitalière. Renoncer à sélectionner un candidat en raison d'une inaptitude médicalement reconnue permet d'éviter un recrutement dont l'individu aura autant que l'hôpital à en subir les conséquences.

## 1.7 AU POSTE AMÉNAGÉ.

Souvent considéré péjorativement, vécu parfois injustement comme un "sous-travail" ou un arrangement, le poste aménagé trouve pourtant sa légitimité juridique dans le décret n°89-376 du 8 juin 1989<sup>23</sup>.

En effet, dans son article 1<sup>er</sup>, le décret prévoit que "*lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure d'assurer ses fonctions de façon temporaire ou permanente et si les nécessités du service ne permettent pas un aménagement des conditions de travail, l'autorité investie du pouvoir de nomination après avis du médecin du travail,... peut*

---

<sup>23</sup> Décret pris pour l'application de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé.



*affecter un fonctionnaire dans un poste de travail correspondant à son grade dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre à l'intéressé d'assurer ses fonctions."*

On note à la lecture de l'article 1<sup>er</sup> que l'inaptitude dont est frappé le fonctionnaire peut être provisoire. Le caractère définitif de l'inaptitude ne constitue pas une condition nécessaire d'attribution d'un poste aménagé.

Ainsi placé dans un contexte professionnel plus favorable, l'agent sera en mesure de proposer à nouveau à l'organisation qui l'emploie son potentiel de travail.

L'aménagement du poste de travail peut se décliner de différentes façons :

- soit il s'agit d'un allègement de la charge de travail au sein du même service ou le cas échéant dans un autre service, l'agent y conservant son grade.
- soit il s'agit de modifier des horaires de travail par exemple en maintenant un rythme régulier en journée alors que le poste était en 3X8.
- soit il s'agit d'un changement de fonction ou d'une reconversion professionnelle. Ce type d'adaptation de poste est souvent définitif. Il s'agit en l'occurrence d'un reclassement professionnel tel qu'il a été défini ci-dessus.

L'aménagement de poste comme le précise le législateur est recherché de façon privilégiée. Si toutefois celui-ci s'avère impossible à mettre en œuvre en raison de l'état physique du fonctionnaire, celui-ci peut demander à être reclassé dans un emploi relevant d'un autre grade de son corps ou dans un emploi relevant d'un autre corps. Cette éventualité est prévue par l'article 71 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986.

Après avoir décrit l'environnement législatif de notre thématique, il convient d'évoquer les acteurs ainsi que le dispositif concernés dans la mise en œuvre des postes aménagés.

## **1.8 UN DISPOSITIF ET DES ACTEURS POUR PRÉVENIR ET REMÉDIER.**

### **1.8.1 LE MÉDECIN AGRÉÉ.**

Il s'agit d'un médecin généraliste inscrit sur une liste départementale établie par le préfet sur proposition du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales après que le conseil départemental des médecins ait donné son avis.

Il est consulté pour vérifier l'aptitude physique des candidats à un emploi et pour tout ce qui concerne les congés de maladie des agents de la FPH. Ils ne peuvent être les médecins traitant des agents ou des postulants.

### 1.8.2 LE MÉDECIN DU TRAVAIL.

C'est l'arrêté du 29 juin 1960 qui instaure et organise la médecine du travail dans les hôpitaux et le code du travail qui fixe les dispositions spécifiques à l'organisation de celle-ci dans ces établissements. Le décret n° 85-947 du 16 août 1985 en a précisé les conditions d'organisation et de fonctionnement.

Le service de médecine du travail est organisé différemment selon la taille des établissements. Pour ceux comptant plus de 1500 agents<sup>24</sup>, ils disposent d'un service de médecine du travail. Pour les établissements ayant moins de 1500 employés, un service commun peut être créé entre plusieurs hôpitaux.

Le médecin du travail dispose d'un statut contractuel de droit public.

Il partage son rôle entre trois activités:

**Une action sur le milieu de travail**, définie par l'Art. R. 242-11 et suivants du code du travail en matière d'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'établissement, de protection des agents contre les nuisances, d'aménagements relatifs aux postes de travail, d'éducation sanitaire du personnel en rapport avec l'activité professionnelle pour ne citer que les principales.

**Le suivi individuel des agents**, Art. R. 242-15 et suivants, qui consiste à assurer les visites médicales d'embauche, les visites médicales périodiques, les visites de reprise du travail mais aussi les examens complémentaires et les vaccinations :

- La **visite d'embauche** ( R. 242-15 ) a lieu avant la prise de fonction. Elle comporte deux aspects : des examens médicaux et un contrôle de conformité du dossier administratif par rapport aux dispositions du CSP<sup>25</sup>
- Les **visites de surveillance** ( R. 242-17 ) sont de plusieurs ordres :

? Les visites périodiques : tous les agents doivent obligatoirement en bénéficier au moins une fois par an.

? Les visites de surveillance spéciale : Un arrêté du ministère du travail daté du 11 juillet 1977 fixe la liste des travaux soumis à surveillance médicale spéciale. Pour chacun de ces travaux des dispositions légales ou réglementaires en

---

<sup>24</sup> Effectif réel de l'ensemble des agents y compris les personnels médicaux au 31 décembre de l'année civile.

<sup>25</sup> Code de la santé publique.

déterminent la fréquence (exposition aux rayonnements ionisants tous les 6 mois par exemple).

? A l'appréciation du médecin : des visites plus fréquentes peuvent être diligentées pour un salarié dont l'état de santé est altéré. Il en sera de même pour un agent susceptible d'exposer son entourage à un risque particulier.

? A la demande du salarié : si celui-ci estime que son travail risque d'altérer son état de santé, s'il présente une pathologie qu'il pense être en relation avec son travail ou pour tout autre motif personnel.

? Lors d'un changement d'affectation : pour laquelle le médecin doit être informé. Selon son appréciation il convoquera l'agent afin de s'assurer que ses aptitudes correspondent bien aux exigences du poste.

- Les **visites de reprise** ( R. 242-18 ). Après une absence pour cause d'accident de travail, de maladie professionnelle, de maternité ou pour cause de maladie d'une durée d'au moins trois semaines, un agent ne peut reprendre son travail qu'après la visite de reprise. Cette visite, qui doit avoir lieu au moment de la reprise ou dans un délai maximum de huit jours, est destinée à s'assurer que l'intéressé peut effectivement reprendre sur son poste de travail antérieur. Quand une adaptation de poste ou une réadaptation de l'agent sont prévisibles, il est souhaitable que la reprise de travail soit précédée par une visite de pré-reprise. Celle-ci permettra de rechercher et de mettre en place les mesures nécessaires à une reprise de l'agent dans des conditions optimales. Cette visite de pré-reprise ne se substitue pas à la visite de reprise.

**La tenue des documents médicaux**, Art. R. 242-22 et suivants composés essentiellement du dossier médical de l'agent et de la fiche d'aptitude.

Le médecin du travail établit chaque année un rapport d'activité qu'il présente pour avis aux différentes instances de l'établissement et notamment le comité technique d'établissement et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

### **1.8.3 LE COMITÉ MÉDICAL.**

Il en existe un par département. Lui est soumis pour avis les contestations d'ordre médical portant sur l'admission aux emplois, l'octroi, le renouvellement de congés maladie ainsi que la réintégration à l'issue des congés<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Décret 88-386 du 19 avril 1988 art. 7

#### **1.8.4 LA COMMISSION DE RÉFORME.**

Instance départementale, elle donne un avis sur la mise à la retraite pour invalidité, sur l'imputation au service, de la maladie ou de l'accident et fixe le taux d'invalidité ainsi que l'attribution et le taux d'allocation d'invalidité. Elle est également concernée pour avis par l'affectation à un service moins pénible après une affection longue et sérieuse.

#### **1.8.5 LE COMITÉ D'HYGIENE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (CHSCT).**

Les comités d'hygiène et de sécurité qui avaient vu le jour en 1947 ont fait place aux CHSCT, institués par la loi n°82-1097 du 23 décembre 1982.

C'est une instance consultative interne à l'établissement ayant une mission générale de surveillance et d'alerte en matière d'hygiène et de sécurité dans l'établissement. Il est consulté notamment sur tous les problèmes d'organisation et de conditions de travail et leurs incidences sur la santé. Le CHSCT est également en mesure de jouer un rôle de conseil et de formuler des propositions.

#### **1.8.6 LE BILAN SOCIAL.**

Il est rédigé chaque année par les établissements publics de santé. Créé par la loi n°77-769 du 12 juillet 1977, il s'impose aux EPS comme le précise le décret du 7 octobre 1988.

Le bilan social a été élaboré dans un esprit d'aide au dialogue social, de planification dans le domaine social, de meilleure visibilité et d'information.

Ce document est présenté aux diverses instances institutionnelles : comité technique d'établissement, commission médical d'établissement et conseil d'administration.

#### **1.8.7 LE PROJET ANNUEL DE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ET D'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (PAPRI Pact).**

Il s'agit d'une obligation réglementaire qui fixe la liste détaillée des mesures devant être prises au cours de l'année à venir en matière de prévention en vertu de la loi du 31 décembre 1991<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Loi n°91-1405 du 31 décembre 1991, Loi relative à la formation professionnelle et à l'emploi.

Il est présenté pour avis au CHSCT qui peut proposer un ordre de priorité dans les mesures de prévention présentées ainsi que soumettre des mesures supplémentaires.

Les postes aménagés au sein des établissements publics de santé ont donc bien une légitimité législative et juridique. Les médecins du travail sont les acteurs incontournables de leur mise en œuvre. Le dispositif concerné vise tout autant à prévenir l'apparition des inaptitudes physiques en agissant sur les conditions de travail et la prévention des risques, qu'à y remédier en permettant aux agents qui en sont porteurs, de conserver un rôle dans l'organisation.

Arrivé à ce stade de la démarche et afin de prendre la mesure du phénomène, nous nous proposons de présenter une rapide approche chiffrée de l'absentéisme hospitalier en général et des postes aménagés dans les deux établissements objets de notre recherche en particulier.

## **1.9 DES CHIFFRES POUR MESURER UN PHÉNOMÈNE.**

### **1.9.1 L'ABSENTÉISME AU PLAN NATIONAL.**

Les absences pour motif médical des agents de la fonction publique hospitalière s'élevaient en **2001**<sup>28</sup> à **20,4 jours par agent** contre **19,4 en 2000** tout grade confondu. Ce chiffre en augmentation régulière depuis 1996 marque une progression particulièrement forte chez le personnel soignant.

Si on observe la répartition de l'absentéisme par catégorie on constate des différences sensibles. Les agents de catégorie A ont en moyenne 7,6 jours d'absence contre 23,7 jours pour les catégories C et 18,4 pour les catégories D (aujourd'hui regroupées avec la catégorie C). Il apparaît donc une corrélation entre le grade et le nombre de jours d'absence pour motif médical.

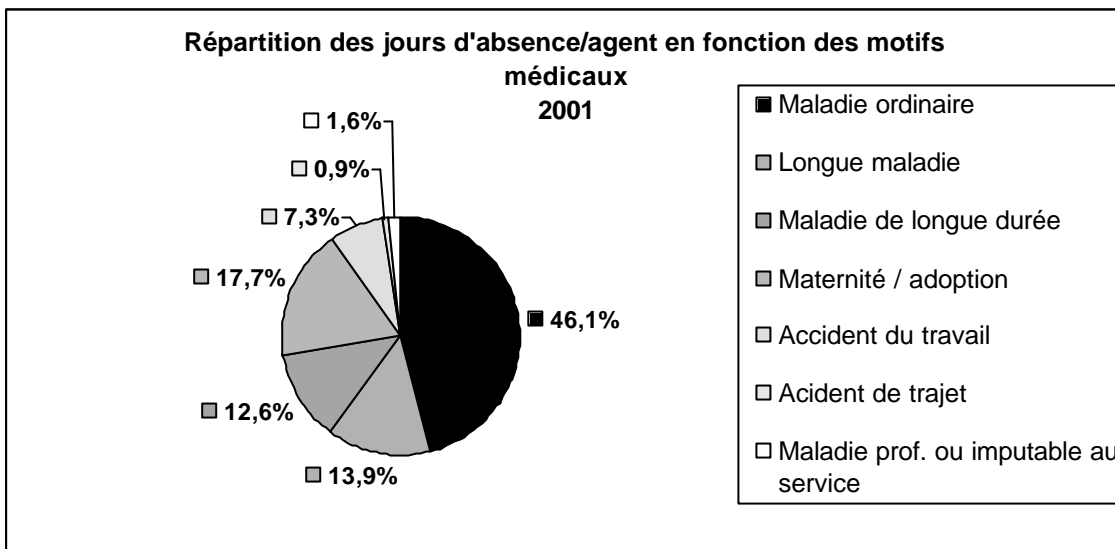
Après avoir enregistré une baisse de l'absentéisme entre 1991 et 1994, celui-ci est en augmentation régulière depuis 1996.

Dans l'ensemble, les absences sont composées pour près de la moitié d'absences de courte durée pour maladie ordinaire. Les absences pour longue maladie, qui représentent le quart des absences, sont stables contrairement aux congés de maternité

---

<sup>28</sup> *Synthèse annuelle des données sociales hospitalières, établissements publics de santé, 2001, éd. Planistat Europe, Août 2003, Catherine Morh, Laurence Haeusler, Kaoula Ben Messaoud*

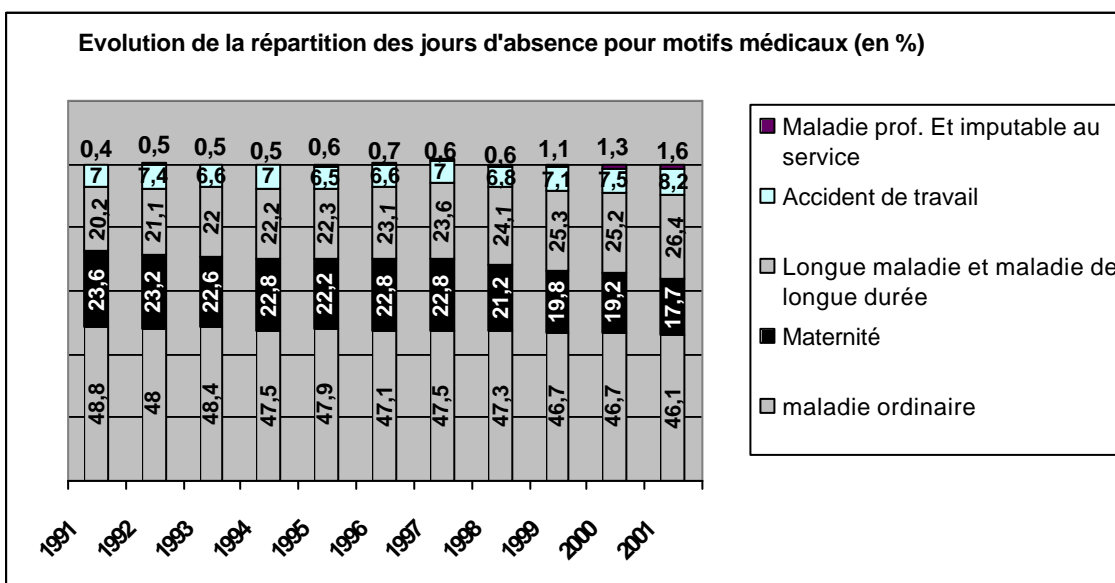
qui ne cessent de diminuer. Le tableau ci-dessous figure la répartition des motifs d'absences.



Graphique n°1

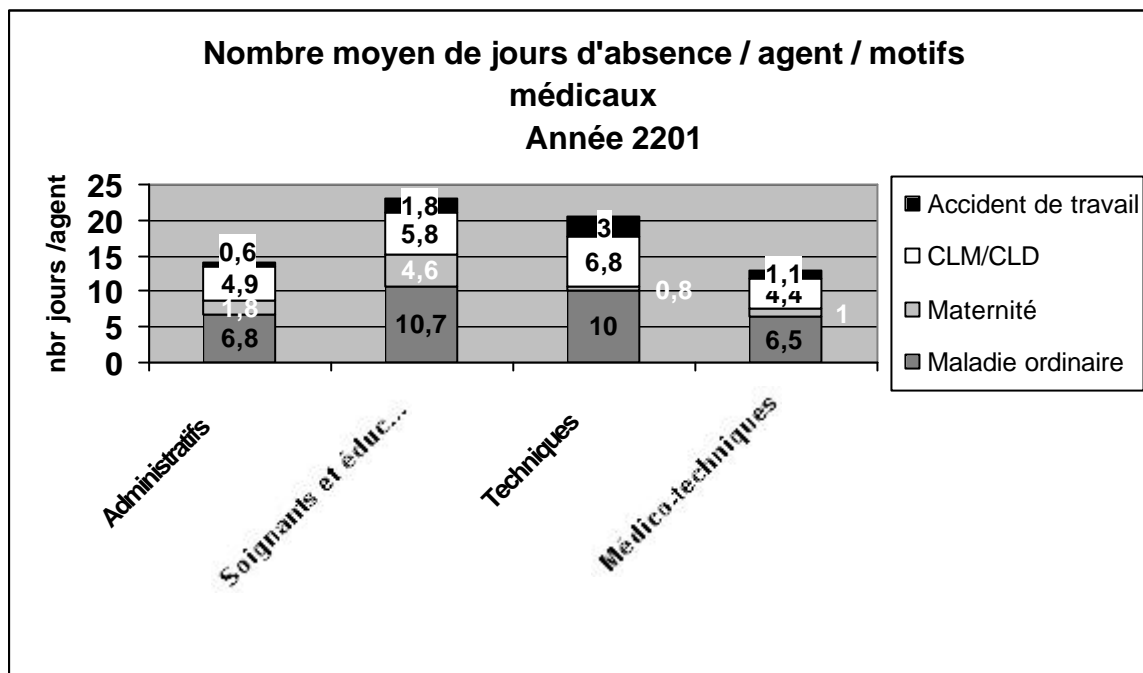
L'examen des statistiques des 10 dernières années figurant sur le tableau suivant, permet de noter que la part des maladies de longue durée en hausse depuis 9 ans continue à croître en 2001 à 26,4% contre 25,3% en 2000.

En revanche, les congés de maternité chutent de 6 points en 10 ans à 17,7% en 2001 à comparer aux 23,6% de 1991. Cette baisse est à corrélérer à l'évolution démographique de la population des agents hospitaliers déjà évoquée précédemment, la proportion d'agents des tranches d'âge les plus fécondes diminuant. On note également une hausse des accidents de travail et de trajet en 2001 à de 8,2% contre 7,5% en 2000.



Graphique n°2

Le graphique suivant permet de visualiser la part respective des différents motifs d'absence pour raisons médicales selon la fonction des agents. Cette répartition demeure relativement stable d'une année à l'autre.



Graphique n°3

Il nous a semblé utile de dégager de l'ensemble des données nationales celles concernant **les accidents de travail ayant entraînés un arrêt de travail**. En effet, l'arrêt de travail consécutif à l'accident peut laisser présager d'une gravité certaine et constitue donc une source non négligeable d'inaptitudes éventuelles.

Cette hypothèse si elle s'avère exacte laisse percevoir la possibilité d'agir sur ce facteur par une politique volontariste en matière de prévention.

1996	1997	1998	1999	2000	2001
4,7%*	4,8%	4,9%	4,6%	4,5%	4,7%

Tableau n°4

\*exprimé en % de l'ETP<sup>29</sup>

<sup>29</sup> Equivalent Temps Plein

L'évolution du taux de fréquence des accidents de travail avec arrêts est stable et représente une moyenne de 4,7 % de l'ETP sur les six années envisagées.

Nous allons à présent concentrer notre intérêt sur les deux établissements, terrains de nos recherches. C'est à partir de certains documents internes à ces hôpitaux, en particulier le bilan social et le rapport d'activité du service de médecine du travail, que nous allons présenter quelques données chiffrées. Celles-ci permettront d'établir une comparaison entre les deux établissements et de les situer par rapport aux données nationales quand cela sera possible.

Les chiffres présentés pour les deux CHU intéressent entre autre l'année 2002 ce que ne prennent pas encore en compte les statistiques nationales officielles. Pour autant, si cette année figure dans nos données à titre d'information, l'année de comparaison sera bien 2001.

Après une rapide présentation physique de chacun des EPS, nous ferons état des chiffres concernant l'absentéisme et les postes aménagés collectés au cours de notre recherche.

Nous pourrons ensuite mettre certaines de ces données en perspective avec celles nationales et obtenir ainsi des éléments de comparaison.

La comparaison des deux établissements permettra l'ébauche de réponses à notre questionnement de départ. L'examen et l'analyse des entretiens auxquels nous avons procédé complèteront cette première approche et finaliseront le travail de vérification de nos hypothèses.

## **1.9.2 L'ABSENTÉISME AU CHU A.**

### **Présentation de l'Établissement.**

Le centre hospitalier universitaire A dispose de 1489 lits et places. L'ensemble des personnels non médicaux représente 4213 agents dont 2699 soignants et personnels médico-techniques.

En 1996, constatant un absentéisme en constante augmentation, une croissance importante du nombre de journées de rechutes après accidents de travail et prenant conscience de la part grandissante de la souffrance psychologique au travail des agents, ses dirigeants décident de réagir.



Consciente du coût économique et humain que représente l'absentéisme ainsi que de la non qualité produite par des agents en difficulté, l'équipe dirigeante décide de réorienter la politique sociale de l'établissement. Un des éléments de cette politique est constitué du volet consacré à la prévention des risques et à l'accompagnement individuel des personnels en difficulté. Ce plan initié dès 1997 s'intitule: "Protection de la sécurité et de la santé au travail".

C'est ainsi que le CHU va mettre en œuvre plusieurs plans d'actions en direction de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. D'autres efforts seront entrepris en faveur de l'adaptation personnalisée des postes de travail en cas de problèmes de santé. Des actions afin de favoriser le retour à l'emploi notamment après des arrêts de longue durée seront réalisées.

En parallèle des compétences médicales existant dans le service de médecine du travail, les personnels pourront bénéficier des services de psychologues, assistants sociaux et ergonomes.

Les agents en difficulté victimes d'inaptitudes physiques et/ou psychologiques médicalement reconnues sont l'objet d'un suivi personnalisé. Ils sont sollicités pour participer de façon active aux réflexions et décisions concernant l'aménagement de leur poste ou les changements éventuels de fonction.

### **1.9.3 L'ABSENTÉISME AU CHU B.**

#### **Présentation de l'établissement.**

Cet établissement de 1637 lits et places compte 4449 agents dont 2841 personnels soignants non médicaux. Si les conditions de travail, l'absentéisme, la prévention des risques professionnels sont des préoccupations de l'équipe de direction du CHU et de l'encadrement soignant, leur traitement ne bénéficie pas d'une gestion clairement définie et formalisée.

Des projets architecturaux de grande envergure et les restructurations qui les accompagnent, l'organisation en pôle, la mise en place du dossier informatisé du patient dans l'ensemble des services, la mise en œuvre des plannings informatisés, ont concentré et mobilisé l'attention et les efforts de l'institution. De surcroît, ces évolutions dont certaines ont transformé radicalement l'environnement hospitalier ont sans doute ébranlé bon nombre d'agents.

La prise en compte de l'absentéisme et la gestion des postes aménagés n'a pu en conséquence bénéficier de la même mobilisation.

En effet il n'existe pas au sein du CHU de politique définie et validée les concernant. L'approche est plutôt empirique, s'appuyant sur la compréhension et la bonne volonté des acteurs concernés pour résoudre au mieux les difficultés lorsqu'elles se présentent. Dans ces conditions, si des solutions sont trouvées, elles ne répondent pas forcément aux attentes des agents en difficulté ni aux besoins de l'institution.

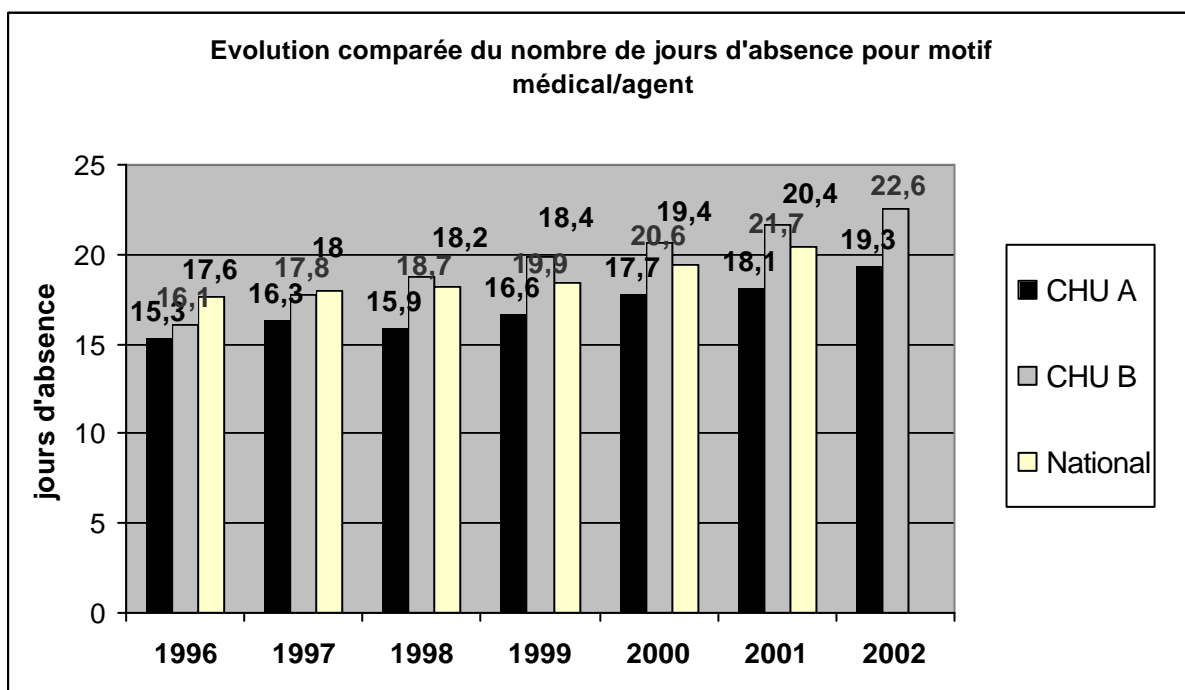
En matière de prévention des risques d'accidents de travail et de formation, des actions sont effectivement menées, mais elles ne s'inscrivent pas toujours dans la durée. Elles semblent répondre plus à des besoins ponctuels et conjoncturels plutôt qu'à vouloir initier des cultures et des approches nouvelles dans ce domaine.

En conclusion de cette présentation, nous constatons que si des actions sont effectivement conduites, elles le sont de façon éparse, sans concertation et coordination suffisante. Ceci amoindrit leurs effets et ne permet pas en l'état leur pérennisation.

C'est à partir de ce constat qu'au moment de notre enquête la direction des ressources humaines mettait en place un groupe de travail afin d'optimiser notamment la gestion des postes aménagés et des personnels en difficulté.

#### 1.9.4 L'ABSENTEISME EN CHIFFRES.

- a) *Evolution comparée de l'absentéisme pour motif médical des CHU A et B et des données nationales :*



Graphique n°5

## CHU A :

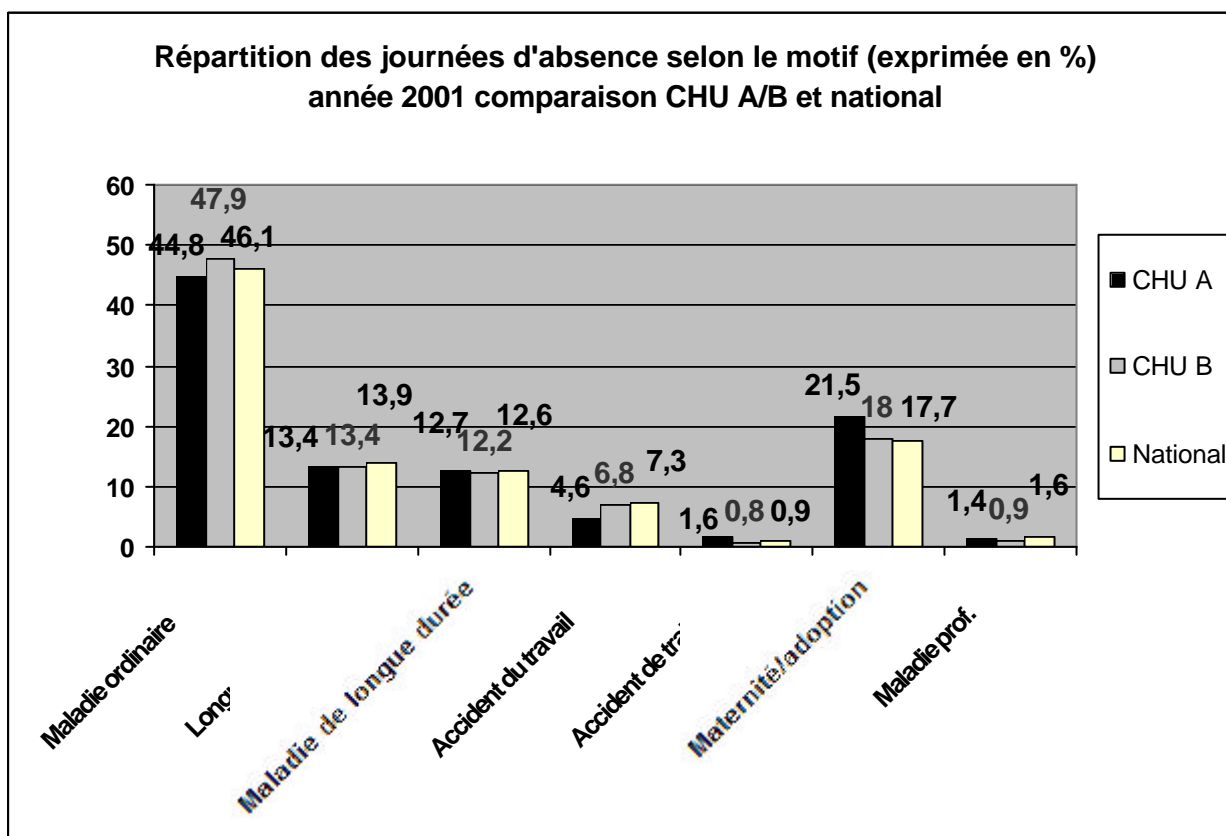
On constate que l'évolution du nombre de jour d'absence suit à l'exception de 1998 une courbe croissante constante. Celle-ci se situe néanmoins sur la période concernée en deçà de la courbe nationale avec un différentiel de 2,3 jours d'absence en faveur du CHU pour l'année de référence qui est 2001.

## CHU B :

La courbe d'évolution est en augmentation constante. Si pour les deux premières années, elle se situe en deçà de la moyenne nationale à partir de 1998 et pour les années suivantes, elle la dépasse avec un différentiel de plus de 1% sur 1999, 2000 et 2001. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les profondes mutations qu'a vécu l'institution à cette époque ont pu être génératrices d'absentéisme. Il conviendra de vérifier ceci avec les entretiens sur le terrain.

Si l'on compare l'évolution de la courbe entre des deux établissements, le CHU B se situe toujours très nettement au-dessus du CHU A avec une différence qui tend à augmenter au fil des années.

### b) Répartition des journées d'absence selon le motif :



Graphique n°6

## **CHU A :**

La première constatation concerne le pourcentage de **maladie ordinaire qui est inférieur de 1,3%** par rapport au chiffre national. En considérant l'absentéisme comme un indicateur du climat social régnant au sein de l'établissement, ce qu'admettent la plupart des observateurs, on peut avancer l'hypothèse que l'insatisfaction des agents reste à un niveau contenu et n'est pas un facteur favorisant un absentéisme réactionnel. Les entretiens nous permettront de vérifier cette hypothèse.

Il semble également que la pyramide des âges du CHU qui indique une forte proportion de moins de 40 ans soit aussi une des causes de cet absentéisme moindre. C'est en effet comme nous l'avons déjà évoqué, les tranches d'âge au-delà qui sont le plus touchées par la maladie. Cette explication vaut à l'inverse pour commenter le chiffre plus élevé des congés de maternité.

Le **pourcentage d'accident du travail (hors accident de trajet) est lui inférieur de 2,7%** au chiffre national. On peut y voir la traduction des mesures mises en œuvre par la direction de l'établissement en faveur de la prévention et de la sécurité au travail. A cet endroit aussi, les entretiens pourront nous éclairer à ce sujet.

Quant aux autres motifs d'absentéisme, ils n'offrent pas de différence significative.

## **CHU B :**

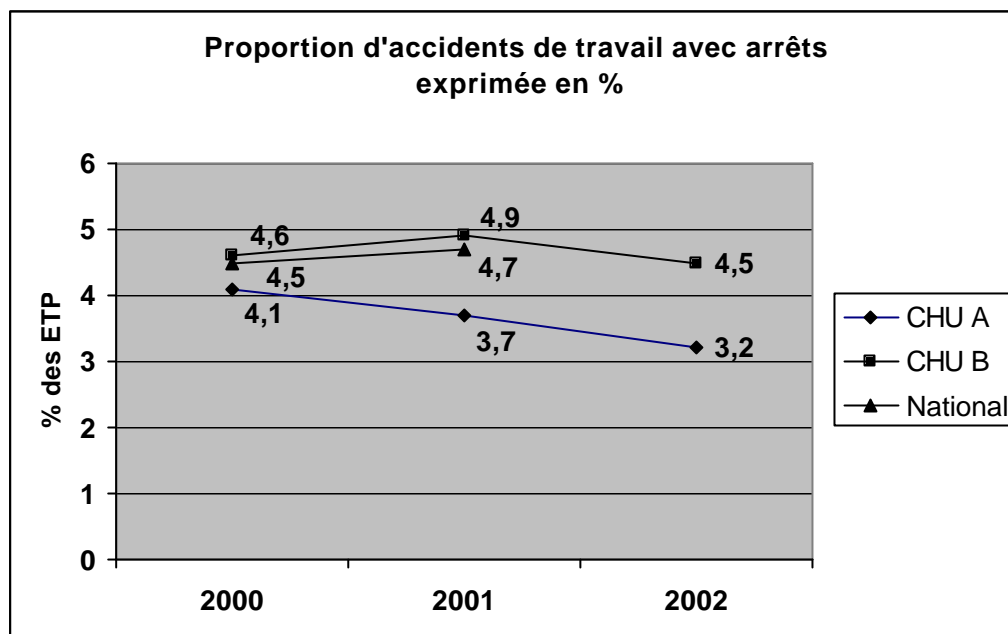
Le **pourcentage de maladie ordinaire se situe 1,8%** au delà de la moyenne nationale et il est de 3,1% supérieur à celui du CHU A. À l'inverse du CHU A, celui-ci montre une pyramide des âges en faveur des tranches supérieures à 40 ans qui peut en partie expliquer ce phénomène. Mais les observations émises lors de l'examen du graphique 5 concernant un absentéisme réactionnel nous semble également nécessaire à prendre en considération.

On note également un **pourcentage d'accidents du travail** supérieur au niveau national et à celui observé au CHU A.

Le **pourcentage concernant la maternité à 18%** est proche du chiffre national et à celui de l'autre CHU. Les tranches d'âges plus élevées dans ce CHU expliquent en partie ce chiffre.

### **c) *Nombre d'accidents du travail avec arrêts :***

Les données dont nous disposons ne nous permettent d'établir de comparaisons avec les taux nationaux (tableau 4) que pour les années 2000 et 2001. Toutefois nous pourrions les croiser avec ceux du CHU B.



Graphique n°7

#### CHU A :

L'intérêt porté à ce critère reste évidemment le même que celui retenu dans les commentaires du tableau 4. On constate une très nette **diminution du nombre d'accidents de travail** ayant entraînés un arrêt sur une période courte (3 ans) avec une moyenne de 3,6% de l'ETP alors que la courbe nationale est légèrement en hausse.

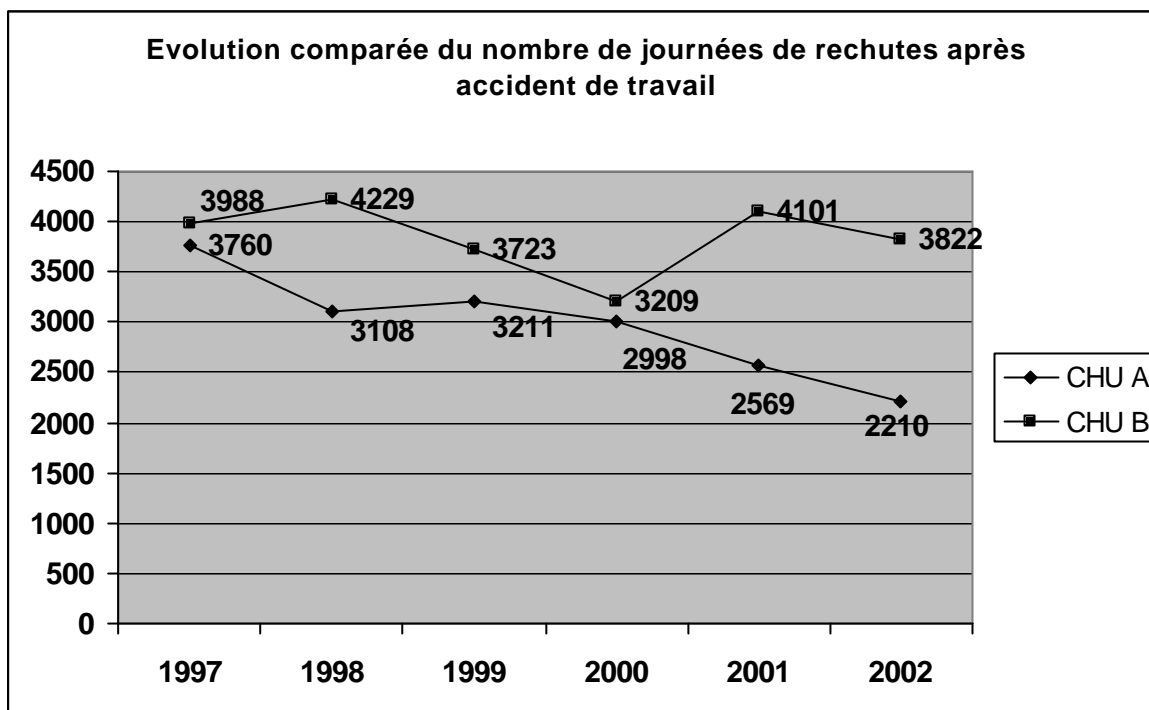
On peut donc se risquer à avancer que le CHU connaît une diminution significative du nombre d'accidents du travail avec arrêts en lien avec la politique de l'établissement. Là encore les entretiens permettrons de consolider ou non cette perception.

#### CHU B :

Le nombre d'accidents de travail avec arrêt est en moyenne sur les 3 années retenues de 4,6% de l'ETP. Celui-ci reste proche de la moyenne nationale.

#### d) **Nombre de journées de rechutes après accidents de travail :**

Ne disposant pas de donnée nationale concernant cet aspect nous ne pourrons le soumettre à comparaison. Néanmoins il nous semble que les enseignements que nous pouvons en tirer justifient qu'il en soit fait état. De surcroît, nous pourrons établir une comparaison avec les données issues du CHU B.



Graphique 8

#### CHU A :

Les rechutes d'accidents du travail génèrent un important absentéisme. La tendance à la baisse continue du nombre de journées de rechutes après accidents de travail telle qu'elle apparaît sur le graphique contribue en partie à maintenir l'absentéisme global de cet établissement en dessous de la moyenne nationale.

Comme précédemment, on peut envisager cette diminution comme étant la résultante de la politique institutionnelle en matière de prévention des risques et d'accompagnement personnalisé des agents. Les entretiens permettront d'explorer cette possibilité.

#### CHU B :

Après une évolution en dents de scie, la courbe atteint en 2002 pratiquement le même niveau qu'en 1997. Nous pourrions avancer comme une des hypothèses explicatives, l'insuffisante formalisation de la politique de gestion des personnels en difficulté évoquée précédemment.

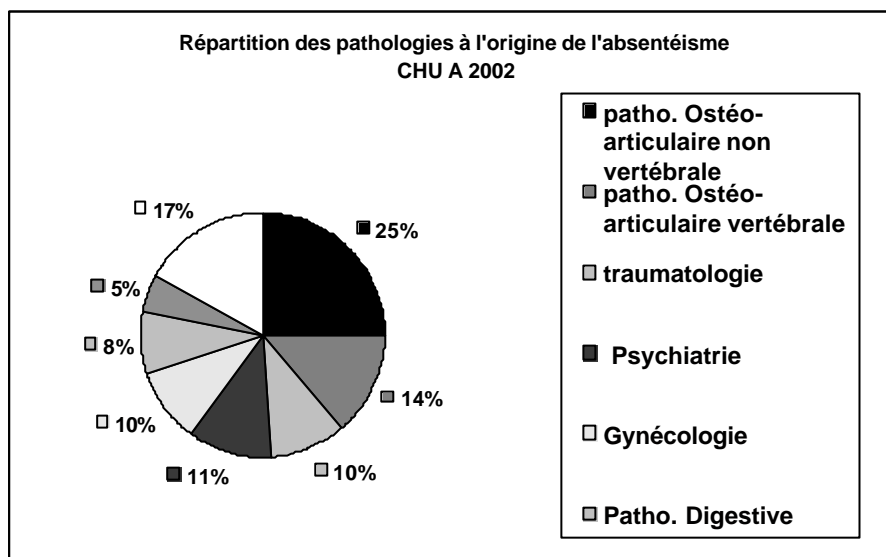
En effet, l'accompagnement inexistant des agents au moment de la reprise du travail, l'insuffisance d'analyse concernant l'origine des accidents de travail ainsi que l'inadéquation parfois des solutions apportées en matière de postes aménagés constituent quelques éléments qui nous semblent justifier la courbe observée. Cette déduction sera également à vérifier au travers de nos entretiens.

Nous souhaiterions conclure cette partie avec la présentation de deux derniers graphiques consacrés à la ventilation des pathologies génératrices d'absentéisme. Il ne

s'agit plus d'établir dans ce cas de comparaisons entre les deux établissements, ce qui n'offrirait pas d'intérêt, mais uniquement d'objectiver les motifs d'arrêt.

De la représentation réaliste de cette répartition, pourront découler des actions ciblées de prévention qui, rappelons le constituent un des volets de la politique de gestion des postes aménagés et des personnels en difficulté.

Ces données sont fournies par la médecine du travail suite aux visites de reprises après maladie ou accidents de travail et concernent les personnels soignants et médico-techniques tout grade confondu.



Graphique n°9

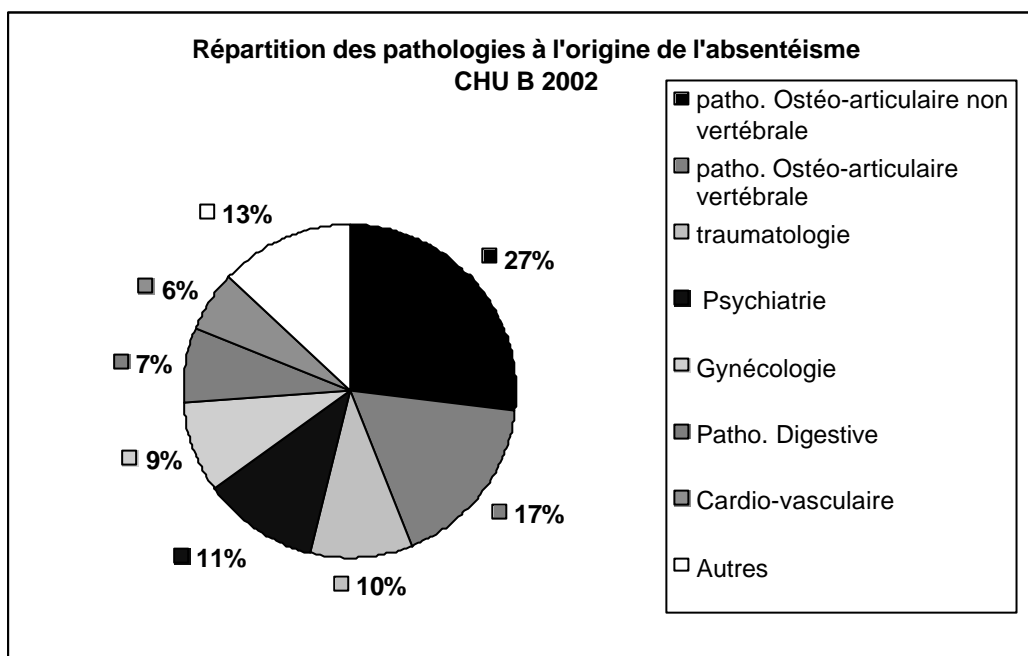
Les pathologies ostéo-articulaires et traumatologiques représentent au total près de la moitié (49%) des maladies à l'origine de l'absentéisme. La deuxième cause des arrêts est la pathologie psychiatrique avec 11%. On constate donc que la somme des deux premières causes d'arrêt représente au CHU A 60% du total des pathologies. Ce sont également deux familles de maladies pour lesquelles un certain nombre d'origines sont clairement identifiées et en mesure d'être corrigées par des actions préventives et adaptatives.

C'est le cas notamment des troubles musculo-squelettiques dus entre autre aux manipulations répétées de patients ou à la mauvaise utilisation de certains matériels (lits à hauteur variable par exemple).

Dans le champ des pathologies psychiatriques, s'il est difficile de les prévenir, certaines d'entre elles comme les troubles de l'humeur de type dépressif peuvent être en lien avec des conditions de travail pénibles ou des difficultés relationnelles avec l'environnement professionnel. La reconnaissance et l'identification des répercussions environnementales sur les individus peuvent aider à conduire des actions correctives et éclairer des approches nouvelles en termes d'amélioration des conditions de travail.

Le reste de la ventilation n'appelle pas de commentaire particulier.

C'est à titre informatif puisqu'il ne présente pas de différence significative et qu'il ne peut faire l'objet de comparaison avec le précédent, que nous présentons le tableau représentant la ventilation des causes de l'absentéisme au CHU B.



**Graphique n°10**

On retrouve pour ce qui concerne le CHU B sensiblement la même répartition avec une proportion encore plus importance des deux premières causes cumulées (65%). Les commentaires sont identiques à ceux formulés pour le graphique précédent.

### **1.9.5 LES POSTES AMÉNAGÉS DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE : UNE RÉALITÉ DIFFICILE À APPRÉHENDER.**

Les postes aménagés dans la fonction publique hospitalière ne font pas l'objet d'un recensement officiel, à contrario d'autres données sociales émanant des EPS. Cependant, certaines associations de médecins du travail grâce aux réseaux qu'elles constituent ont tenté de collecter ces informations. L'une d'entre elle, l'ANMTEPH<sup>30</sup> fait état d'un taux de 5 à 6% des agents de la FPH toute branche d'activité confondue, qui font l'objet d'une inaptitude totale ou partielle. Rapporté aux 780000 agents environ que

<sup>30</sup> association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux.



compte la FPH, ce taux représente entre 39000 et 46800 fonctionnaires qui occupent un poste aménagé. Le pourcentage cité par l'ANMTEPH est sans doute à rapprocher des mesures mises en œuvre dans le cadre de la loi du 10 juillet 1987<sup>31</sup> qui imposent aux établissements l'obligation d'emploi d'un pourcentage de 5% minimum de travailleurs handicapés. Mais ce chiffre de 5 à 6% semble selon les mêmes associations sous-évalué.

En effet, pour avoir une représentation au plus près de la réalité, il conviendrait d'ajouter la part des postes non officiellement identifiés comme étant aménagés mais néanmoins dédiés à cet usage. Il y aurait donc une sous-estimation difficilement évaluable puisqu'il n'existe évidemment aucune comptabilité concernant ce phénomène alors qu'ils sont néanmoins une réalité vécue par les agents.

Des aménagements temporaires d'horaires, des allègements de tâches qui se décident et s'organisent au sein des équipes, des exemptions de travail de nuit accordées par les cadres sont là quelques exemples de ces aménagements officieux pratiqués dans les services de soins.

Il n'y a pas nécessairement de la part de l'encadrement et des équipes une volonté de dissimulation mais le plus souvent il s'agit simplement de rendre service, de s'arranger à l'amiable et rapidement. Les motifs de ces "arrangements" s'étendent bien au-delà de raisons médicales (appréciées forcément subjectivement) et intègrent des raisons sociales et personnelles. Un changement dans la vie familiale ou la garde des enfants peuvent entraîner des aménagements officieux. Comme nous le verrons lors de l'exploitation des entretiens, deux des interviewés font état de ces "arrangements parallèles". Dans les deux cas, il s'agissait pour les agents autant de bénéficier d'une mesure souple, rapide, discrète et permettant autant le maintien dans le même service que d'échapper aux regards critiques des collègues qui parfois les assimilent à des "sous-agents" occupant des "sous-postes".

Nous reviendrons dans la partie suivante consacrée à l'analyse des entretiens, aux représentations des postes aménagés tant pour les agents en bénéficiant que pour les autres acteurs du monde hospitalier.

Pour conclure cette seconde partie, nous nous proposons de présenter une approche descriptive et quantitative de ce que sont les postes aménagés dans les terrains enquêtés.

---

<sup>31</sup> Loi n°87-517 du 10 juillet 1987, Loi en faveur des travailleurs handicapés.

### **1.9.6 LES POSTES AMÉNAGÉS AU CHU A.**

Les chiffres dont nous faisons état nous ont été fournis par la direction des ressources humaines. Ces données ne concernent que les personnels soignants, catégorie retenue pour notre enquête. Rappelons que sont concernés par cette dénomination, les infirmières, aide-soignantes, agents des services hospitaliers, les personnels médico-techniques ainsi que les personnels de rééducation. Une référence à l'ensemble de l'effectif permettra uniquement une mise en perspective de nos chiffres.

En 2002, 99 soignants bénéficient d'un poste aménagé soit 3,6% de l'effectif de cette catégorie. Toute branche d'activité confondue le CHU A compte 210 personnels bénéficiant d'un aménagement de poste soit 5% de la totalité de l'effectif non médical.

En ce qui concerne l'effectif global, on constate qu'il se situe au niveau du chiffre retenu par l'ANMTEPH comme moyenne nationale. Nous retrouvons indistinctement parmi les 99 agents divers types d'aménagements : allègement de la charge de travail, aménagement dans l'organisation du travail et des horaires (exemption de travail de nuit, horaires réguliers...), reclassements professionnels, agents en mi-temps thérapeutique.

En 2001, 103 agents bénéficiaient d'un poste aménagé et ils étaient 111 en 2000. Nous émettons l'hypothèse que l'évaluation régulière de la situation de chacun des soignants concernés, l'accompagnement personnalisé dont ils font l'objet et les efforts entrepris par l'équipe de direction en collaboration avec l'encadrement et la médecine du travail ont permis cette diminution. Nous tenterons de vérifier cette hypothèse grâce à nos entretiens.

### **1.9.7 LES POSTES AMÉNAGÉS AU CHU B.**

Pour la même année 2002, le CHU B comptait 136 soignants occupant des postes aménagés. Comme précédemment, cette terminologie recouvre indistinctement divers degrés d'aménagements. Cette proportion représente 4,8% de l'effectif soignant alors que toute catégorie confondue, ils sont 282 personnels à bénéficier de cette disposition soit 6,7% de l'effectif non médical total.

Le pourcentage global de personnels en postes aménagés se situe sensiblement au-dessus de la moyenne nationale. La proportion de personnels soignants bénéficiant d'un poste aménagé est plus élevée au CHU B, 4,8% contre seulement 3,6% au CHU A.

Pour la même période que précédemment, 137 soignants étaient en postes aménagés en 2000, et 131 en 2001. Contrairement au cas précédent, on n'observe pas de diminution, mais une stagnation du nombre d'agents dans cette situation. Contrairement à l'hypothèse précédente, on peut envisager que la politique différente en

matière de gestions des postes aménagés et des personnels en difficulté soit une des raisons de ce constat. Là encore, le recours aux entretiens apportera un éclairage à ce sujet.

Après cette phase exploratoire, théorique et conceptuelle de la première partie qui a permis de dresser l'environnement de notre recherche et de décrire les éléments nécessaires qui permettent de mieux la situer, nous allons procéder à la restitution et à l'analyse des entretiens réalisés.

## **2 PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE.**

### **2.1 LA DÉMARCHE DE LA RECHERCHE.**

Après une première approche théorique et une objectivation de l'absentéisme et des postes aménagés au niveau local et national à des fins comparatives, nous allons procéder à la restitution de l'enquête réalisée auprès des acteurs concernés par cette problématique dans les deux CHU.

L'objectif est de répondre à notre questionnement sur les enjeux liés à la gestion des postes aménagés et d'identifier la plus value institutionnelle à élaborer cette politique en direction des personnels en difficulté.

Nous pourrions également tenter d'apporter des réponses aux questionnements apparus lors de l'analyse des tableaux concernant les deux établissements.

Toutefois, il nous semble utile de préciser avant d'entreprendre la restitution des résultats d'enquête, que nous ne souhaitons pas évaluer les pratiques décrites par les professionnels ni porter de jugement mais tenter de les comprendre en considérant que tous les phénomènes observés ont un sens et correspondent à une rationalité en lien avec leur contexte.

### **2.2 LE CHOIX L'OUTIL.**

Nous avons privilégié pour nos investigations l'utilisation d'entretiens semi-directifs afin de favoriser la production d'un discours et de collecter de manière vivante les différentes informations recherchées.

Nous avons en conséquence élaboré un guide d'entretien<sup>32</sup> unique mais adapté dans les termes à la catégorie professionnelle interviewée.

Ont été interviewés dans chaque établissement un nombre équivalent de professionnels de même catégorie afin d'obtenir un effet "miroir" à savoir :

- 1 directeur des ressources humaines
- 1 directeur des soins
- 1 médecin du travail
- 1 cadre supérieur de santé
- 1 cadre de santé
- 1 représentant du personnel
- 2 infirmières en poste aménagé
- 1 aide-soignante en poste aménagé
- 1 agent des services hospitaliers en poste aménagé

Soit au total 20 entretiens<sup>33</sup>.

L'essentiel des entretiens a fait l'objet d'un enregistrement soumis à l'approbation préalable des personnes interviewées et d'une retranscription *in extenso* afin d'en conserver l'authenticité et d'en rendre plus aisée leur exploitation.

Concernant les entretiens menés auprès des agents occupant des postes aménagés, ceux-ci l'ont été après avoir obtenu l'accord des directeurs des ressources humaines, des directeurs des soins, des médecins du travail ainsi que des intéressés eux-mêmes. En aucun cas au cours de ces entretiens il n'a été fait de notre part référence aux motifs médicaux justifiant de l'octroi des postes aménagés.

Chacun des entretiens a fait l'objet d'une prise de rendez vous et a duré entre 45 minutes et 1 heure 15. Il a été précisé à chaque personne interviewée le caractère anonyme de ces rencontres.

## **2.3 LES LIMITES DE L'ENQUÊTE.**

Ce travail n'a pas la prétention d'être à caractère exhaustif. L'échantillon des sujets interviewés n'est pas représentatif de l'ensemble des populations concernées, l'objectif à atteindre étant d'utiliser une démarche qualitative.

---

<sup>32</sup> Annexe 2. Guide d'entretien.

<sup>33</sup> Annexe 1. Profil des personnes interviewées.

Les entretiens ont permis un recueil d'informations très riche mais seules les données en rapport avec notre problématique ont été traitées.

Une des limites inhérente à l'outil utilisé est contenue dans la situation même de l'entretien. Celui-ci favorise en effet l'utilisation par le sujet interviewé de mécanismes psychologiques, cognitifs et sociaux qui peuvent altérer la fiabilité et la validité des résultats. Le sujet rationalise, contrôle, s'oblige à une cohérence, filtre ou recherche l'adéquation avec la supposée "bonne réponse". De son côté, l'enquêteur n'est pas neutre dans l'analyse des résultats.

Pour autant, ces limites ne remettent pas en cause l'utilisation de l'entretien. Cet outil nous a paru adapté pour favoriser la production et la richesse d'informations mais également pour faciliter l'expression du ressenti des situations vécues.

## **2.4 LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.**

Nous nous proposons d'extraire de l'ensemble des entretiens un certain nombre d'idées forces autour desquelles va s'organiser notre analyse en vue de confirmer ou non nos hypothèses.

Chaque idée dominante constituera un thème (au nombre de 7) et sera abordée respectivement au regard des entretiens réalisés dans chacun des deux établissements, puis nous ferons une courte synthèse à l'issue de chaque analyse. A chaque thème sera associés des extraits d'entretiens l'illustrant. Ceux-ci seront reproduits *in extenso*, entre guillemets et en italique, afin de leur conserver leur caractère originel.

Les 7 thèmes retenus sont les suivants :

- Les causes et les représentations de l'absentéisme.
- Les représentations et perceptions des postes aménagés.
- La connaissance des acteurs et des processus impliqués dans la mobilisation des postes aménagés.
- L'identification des postes aménagés.
- Quelles justifications aux postes aménagés?
- L'évaluation et le suivi des agents en postes aménagés
- La collaboration pluridisciplinaire au service des postes aménagés.

### 3 PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.

#### 3.1 Les causes et représentations de l'absentéisme :

CHU A	CHU B
<p data-bbox="225 481 805 683"><i>"On a l'habitude de mettre les troubles musculo_squelettiques comme première cause de l'absentéisme. C'est vrai mais il faudrait parler aussi de la deuxième que sont les troubles psychologiques et psychiatriques."</i></p> <p data-bbox="225 712 805 1388"><b>Le médecin du travail</b> à qui est emprunté cet extrait met l'accent sur les problèmes osseux et articulaires à l'origine des absences des soignants. Ceux-ci sont dus aux ports itératifs de charges occasionnés notamment par la manipulation des patients, mais aussi par la mauvaise utilisation ou la non utilisation des matériels de levage. À titre d'exemple, les lits à hauteur variable utilisés régulièrement à une hauteur trop élevée entraînent l'altération de l'articulation des épaules. Selon le praticien, les troubles psychiatriques en dépit de la place importante qu'ils occupent dans les causes d'absentéisme sont insuffisamment pris en considération malgré souligne t-elle les efforts du CHU en ce sens. Ici ils représentent pourtant 52% des causes à l'origine des CLM/CLD<sup>34</sup>.</p> <p data-bbox="225 1435 805 1776"><b>Le DRH et la DS<sup>35</sup></b> ont une représentation conforme aux données établies annuellement par la médecine du travail. Par ailleurs, ils évoquent la possibilité d'un absentéisme réactionnel comme possible mais marginal. Ils tiennent à mettre l'accent sur l'importance de la prévention des accidents du travail car il s'agit d'un absentéisme compressible sur lequel on peut agir par une politique adaptée.</p>	<p data-bbox="825 499 1402 734"><i>"Les prises en charge des patients sont de plus en plus lourdes, on en demande toujours plus et les effectifs n'augmentent pas alors dans ces conditions, difficile d'être en pleine forme tous les jours. Dans ces conditions, c'est pas la peine de chercher loin des causes d'arrêt."</i></p> <p data-bbox="825 768 1402 1205">Ces propos recueillis auprès d'un <b>cadre de santé</b> témoignent d'une insatisfaction liée aux conditions de travail. Quelque soit les causes, celui-ci paraît attribuer l'absentéisme au contexte professionnel difficile et à la charge de travail importante. Cette appréciation est subjective car cette dernière n'a pas fait l'objet d'une mesure par un outil d'évaluation tel que le PRN<sup>36</sup> ou les SIIPS<sup>37</sup>. Nous y percevons là l'expression plus d'un mécontentement que d'une réalité qu'il convient de prendre néanmoins en considération.</p> <p data-bbox="825 1249 1402 1485"><b>Le médecin du travail</b> constate la même répartition que son confrère quant à l'origine de l'absentéisme dans des proportions encore plus élevées. Par contre, il déplore une absence de mobilisation par rapport à la prévention et au dépistage des troubles psychologiques.</p> <p data-bbox="825 1541 1402 1742"><b>Le DRH et Le DS</b> placent les problèmes ostéo-articulaires en tête des causes d'arrêts de travail. Ils pressentent néanmoins un absentéisme réactionnel assez important sans toutefois pouvoir en évaluer la part.</p>

<sup>34</sup> Congé de Longue Maladie/Congé de longue durée.

<sup>35</sup> Directeur des Ressources Humaines, Directeur des Soins.

<sup>36</sup> Programme de Recherche en Nursing.

<sup>37</sup> Soins Infirmiers Individualisés à la personne soignée.

<p>Ceci paraît confirmé par <b>l'encadrement infirmier et les soignants</b>. Ils reconnaissent que cela est parfois évoqué dans le discours des agents, mais que le recours à cette menace semble exceptionnel. Elle paraît plutôt assurer les agents d'une possibilité, certes extrême, d'échapper à un environnement professionnel qui deviendrait trop insupportable.</p> <p><i>"on s'arrête parce qu'on ne peut vraiment plus continuer et on voudrait reprendre le plus vite possible"</i> cette déclaration <b>d'une ASH</b>, confirmée par ses collègues montre la détermination des soignants à assurer leurs fonctions et à n'avoir recours à l'arrêt de maladie que lorsque celui-ci est inévitable.</p> <p>En ce qui concerne les motifs médicaux d'absence, les soignants invoquent unanimement les problèmes de dos. Ils se réfèrent à leur expérience ou à celle de leur entourage professionnel.</p>	<p><b>Le représentant du personnel</b> met en avant l'insuffisance de reconnaissance et de compréhension dont font part la direction des ressources humaines et la direction des soins. <i>"L'arrêt maladie, c'est le seul moyen dont disposent les agents pour montrer qu'ils en ont ras le bol. Peut être qu'à force, ils (la direction) finiront par comprendre. C'est en tout cas pas faute de le dénoncer."</i> Pour notre interlocuteur, l'insuffisance de considération et un dialogue perçu comme stérile expliquent un absentéisme élevé.</p> <p><b>Le médecin du travail</b> réfute la notion d'absentéisme réactionnel. S'il peut être effectivement en lien avec les conditions de travail ou l'environnement professionnel, il renvoie à une fragilité psychologique de l'agent et s'inscrit donc dans un cadre pathologique qu'il convient de traiter.</p> <p>Pour <b>trois des quatre soignants</b> la cause principale d'arrêt maladie est la fatigue et le stress en lien directe avec des conditions de travail difficiles quelques soient les pathologies.</p>
---	---

## ANALYSE

Si il existe une convergence entre les médecins du travail des deux établissements, nous pouvons noter par ailleurs des positionnements dissemblables pour d'autres professionnels. C'est le cas des DRH, DS et cadres de santé concernant la part de l'absentéisme réactionnel. Alors qu'au CHU A l'absentéisme réactionnel est présenté comme marginal, les acteurs rencontrés au CHU B mettent fortement l'accent sur ce type d'absence qui serait en lien avec des conditions de travail difficiles et des effectifs restreints. Les soignants, sans faire état d'absentéisme réactionnel, attribuent eux aussi aux conditions de travail l'origine principale des absences. Le représentant du personnel confirme cette perception qui ne repose toutefois sur aucune donnée objective. La qualité des relations entre direction et personnels soignants semble renforcer cette perception.

En conclusion, les origines de l'absentéisme sont perçues de façons très différentes et leurs représentations paraissent très en lien avec le climat social de chacun des établissements. La part du ressenti subjectif et du vécu des situations est importante ce qui confirme l'hypothèse émise lors de l'analyse du tableau 5.

### 3.2 Les représentations et perceptions des postes aménagés :

CHU A	CHU B
<p><i>"Ça n'a pas été évident au début de se dire qu'on allait bénéficier d'un poste aménagé et que les collègues auraient à faire ce qu'on ne peut plus faire soi-même surtout après 16 de service. Mais elles ont vraiment fait preuve de compréhension et de solidarité. "</i></p> <p><b>L'infirmière</b> qui tient ces propos bénéficie d'un allègement de tâches et elle est exemptée de travail de nuit avec des horaires dits à la journée.</p> <p><i>" J'ai caché le plus longtemps possible mes problèmes de santé. J'avais comme honte. La solidarité de toute l'équipe m'a permis de garder mon poste. Ils faisaient tout ce que je ne pouvais plus faire mais je savais que ça ne durerait pas."</i> Nous confie cette <b>aide-soignante</b>.</p> <p><b>Le médecin du travail</b> confirme que la terminologie poste aménagé est utilisée indistinctement par l'ensemble du personnel ainsi que la direction quelque soit les modifications apportées. Il connaît les différentes modifications de postes mais préfère aussi utiliser la formulation de poste aménagé puisque c'est celle que le langage courant a privilégiée.</p> <p><b>L'ensemble des agents en postes aménagés</b> enquêté reconnaît se plaire dans les fonctions et les missions qui sont les leurs aujourd'hui à l'exception d'une AS qui a du changer de service et qui vit cela comme une épreuve supplémentaire à surmonter.</p> <p><i>"Je n'ai pas le sentiment d'avoir été mise dans un placard"</i> nous confie <b>une infirmière</b> <i>"et je n'ai pas eu à subir de remarque de mes collègues, au contraire."</i></p> <p><b>La directrice des soins</b> estime quant elle que malgré une acceptation grandissante dans les équipes de soins d'agents en difficulté occupant des postes aménagés il subsiste encore trop de résistances notamment chez certains cadres supérieurs et cadres de santé. <i>"certains préfèrent garder un poste vacant plutôt que le voir dévolu à un poste aménagé sous prétexte</i></p>	<p><i>"Nous savons toutes comment on nous appelle à l'hôpital. On est les bras cassés, les poids morts des services, celles dont personne ne veut. Personne n'a choisi d'être malade. J'ai tenu aussi longtemps que j'ai pu pour ne pas avoir de poste aménagé parce que je savais ce qu'on allait dire de moi. Au début ma surveillante m'a aidé en ne me faisant plus faire de nuit et de matin tellement j'étais fatiguée mais ça n'a pas suffi."</i></p> <p>Cette remarque d'une <b>AS</b> témoigne d'une considération péjorative de l'entourage professionnel à l'égard des personnels en postes aménagés et des jugements de valeur souvent négatifs dont ils peuvent être l'objet ainsi que du désarroi que cela peut entraîner.</p> <p><i>"c'est vrai que les postes aménagés n'ont pas très bonne réputation. En plus ce ne sont pas toujours des postes très valorisants et comme en plus on a tendance à les regrouper dans certains services ou autour de certaines fonctions, alors..."</i></p> <p>Ces propos sont ceux d'une <b>cadre supérieur</b> et confirment ceux relatés précédemment. Ils témoignent d'une sorte de fatalité que sont les postes aménagés et avec laquelle il faut composer. Les circonscrire à certains services du CHU afin d'en limiter la gêne qu'ils pourraient occasionner apparaît ici comme la moins mauvaise des solutions.</p> <p><b>Le directeur des soins</b> confirme ces propos mais les déplore. <i>"Sur le papier tout le monde est d'accord pour parler d'entraide, de reconnaissance, de solidarité. Mais quand il s'agit d'accueillir un agent au potentiel modifié on se tourne vers le service d'à côté. Les postes aménagés, d'accord mais chez les autres."</i></p> <p>A ce sujet, il mesure le chemin qu'il reste à accomplir pour faire évoluer les représentations du poste aménagé. Ce sera un des objectifs majeurs du groupe de travail qui doit se mettre en place prochainement afin de formaliser une politique de gestion des postes aménagés.</p>



<p><i>qu'ils auront moins d'ennuis avec le premier. Les mentalités évoluent mais pas aussi vite qu'on le voudrait."</i></p> <p>Les propos de la DS mettent en évidence les difficultés subsistantes à intégrer dans les organisations des agents en difficulté. Pour certains cadres, cette possibilité et inenvisageable ce que ne semble pas avoir vécu les personnes interviewées.</p> <p><b>Le directeur des ressources humaines</b> affirme qu'un "poste aménagé ne doit pas être une voie de garage. C'est un emploi comme un autre, tout aussi utile que n'importe quel autre. Il ne faudrait pas croire qu'il existe des bons et des mauvais emplois. De plus, d'un point de vue économique tout ça a un coût qu'on ne peut pas ne pas prendre en compte."</p>	<p><b>Le directeur des ressources humaines</b> tient à relativiser cette perception négative. <i>"Même si j'admets que les postes aménagés n'ont pas toujours bonne presse, je ne crois pas que cela soit partagé par tout le monde et heureusement. Mais il y a tout de même un gros travail à faire. Je suis sûr qu'on peut faire évoluer les choses. Il faut que les postes aménagés soient de vrais postes, qu'ils correspondent à un réel besoin, que ça ne soient pas des placards."</i></p> <p>Dans ses propos, le DRH met l'accent sur la nécessité de réfléchir à des définitions de postes aménagés et introduit sans le dire explicitement la notion de plus-value. En plus de proposer des postes aménagés plus attractifs il y voit une possibilité d'en changer leur représentation parmi les agents et d'en faciliter leur acceptation.</p>
--	--

## ANALYSE

On entrevoit au travers de ces entretiens des représentations et des ressentis différents. Si les agents au CHU A semblent être à l'aise dans leur statut d'agent en poste aménagé, aidés en cela par l'attitude bienveillante de leurs collègues, il paraît ne pas en être de même au CHU B. La représentation des postes aménagés y est négative, péjorative et les agents en difficulté sont perçus comme des charges. De plus les postes qui leur sont proposés sont peu motivants et peu attractifs. De surcroît, le fait qu'ils soient souvent regroupés autour de tâches identiques peu valorisantes ou dans certaines mêmes fonctions ne facilite pas leur intégration. Cela risque même de mettre l'accent sur la différence des agents par rapport à leurs collègues et contribuer à les stigmatiser et à les isoler davantage. On retrouve dans les propos de deux agents les pratiques évoquées précédemment concernant les arrangements parallèles décidés et pratiqués officieusement au sein des équipes, sans intervention de la médecine du travail. Ces pratiques sont signalées dans les deux établissements.

Pour autant, malgré la politique initiée depuis 1996 au CHU A, il subsiste encore des résistances à accueillir des agents en difficulté. Il apparaît qu'on retrouve ces réticences notamment chez certains cadres soignants ce qui laisse à penser qu'il reste encore un effort pédagogique à fournir. C'est en tout cas ce que pensent le DRH et la DS, très engagés dans la reconnaissance des postes aménagés tant d'un point de vue humain que économique.

### 3.3 La connaissance des acteurs et des processus impliqués dans la mobilisation des postes aménagés :

CHU A	CHU B
<p>Il ne fait aucun doute que médecin du travail, DRH et DS connaissent les acteurs et les processus en matière d'attribution des postes aménagés.</p> <p><b>Le DRH</b> nous confie : "<i>Nous avons beaucoup communiqué en direction du personnel autour de ce thème et d'autres comme la prévention par exemple. Ces préoccupations occupent une place importante dans notre projet social. C'est justement en communiquant, en faisant connaître notre politique et nos projets qu'on peut rendre efficace cette politique.</i>"</p> <p><b>Les cadres soignants</b> ont connaissance du processus d'attribution des postes aménagés.</p> <p><b>Les soignants</b> en postes aménagés n'avaient quant à eux qu'une connaissance distanciée avant d'être concernés. Malgré cela, ils reconnaissent unanimement qu'ils ont été très bien "<i>guidés</i>" selon le terme d'une infirmière et se sont sentis entouré grâce au dispositif.</p> <p><b>Le représentant du personnel</b> dit connaître mais regrette que les partenaires sociaux n'aient qu'un rôle minime à jouer. "<i>Il arrive parfois que nous soyons alertés par des personnels sur leurs difficultés à se maintenir dans leurs fonctions. Dans ces cas nous faisons suivre la demande évidemment mais ensuite ça nous échappe. C'est regrettable car nous pensons pouvoir apporter notre contribution au système et si l'agent s'adresse à nous plutôt qu'à d'autres, c'est pas un hasard.</i>"</p>	<p><b>Le DRH</b> reconnaît de sa part une implication insuffisante dans ce domaine. Il admet qu'il laisse aux médecins du travail et au DS le soin de gérer ce problème.</p> <p>Pour <b>le médecin du travail</b>, c'est au cours des visites médicales annuelles ou de reprises qu'il constate l'essentiel des inaptitudes engendrant des aménagements de postes. Il arrive quelquefois que ce soit les agents eux-mêmes qui le sollicitent et plus rarement des cadres mais "<i>ce sont des initiatives personnelles. Il n'y a pas de programme dans l'établissement qui concerne les agents qui ont des problèmes de santé. Souvent les agents croient que le médecin du travail va pouvoir leur régler leurs problèmes tout seul. C'est malheureusement pas aussi simple que ça.</i>" L'absence d'une politique formalisée en direction des personnels en difficulté ne permet évidemment pas aux soignants la connaissance exacte de cette gestion.</p> <p>Pour le <b>DS</b>, "<i>on ne peut pas parler de processus ou de circuit identifié, il n'y en a pas. Je reçois du médecin du travail les fiches qui comportent des inaptitudes. Souvent on se téléphone pour en parler et je transmets l'information au cadre sup. concerné et s'il le faut on cherche ensemble des solutions.</i>" L'absence de dispositif structuré engendre une communication informelle qui peut varier selon les individus et les situations.</p> <p>" <i>j'ai eu un long arrêt de maladie avant de reprendre sur un poste aménagé. Pendant mon arrêt je me posais plein de questions et j'étais très angoissée à l'idée de reprendre mon travail et surtout je ne savais pas à qui m'adresser.</i>"</p> <p>"<i>on a l'impression de quémander, on n'ose pas demander et de toute façon on ne sait pas trop bien à qui s'adresser. Moi j'avais la chance d'être très amie avec ma cadre et c'est elle qui m'a aidé.</i>"</p> <p>Ces propos <b>d'une infirmière</b> et d'une <b>AS</b> confirment l'absence d'identification du dispositif concernant les agents en difficulté et la gestion des postes aménagés.</p>

## ANALYSE

Les situations observées sont très contrastées. De façon quasi évidente, là où il existe une politique en faveur des personnels en difficulté renforcée par une communication institutionnelle, on constate une bonne connaissance et une bonne utilisation du dispositif par les acteurs. C'est le cas au CHU A où à l'exception du représentant du personnel (qui connaissait mais se sentait exclu) l'ensemble des personnes interrogées se disait bien renseignées ou à défaut d'une connaissance fine avaient néanmoins pu bénéficier très efficacement du dispositif.

En raison d'une politique plus informelle en matière de postes aménagés au CHU B, on observe une situation inverse dans laquelle notamment les agents intéressés, ne connaissent pas les processus et ne bénéficient pas d'un encadrement et d'un accompagnement ce qui est source de d'appréhensions et d'insatisfactions.

En conclusion, dans le cas d'un fonctionnement empirique et informel, les pratiques mises en œuvre sont acteurs dépendantes et différent en conséquence selon les personnels. Il y a peu de lisibilité et le traitement de mêmes situations peut être différent. L'absence de règle définie engendre appréhension et anxiété pour les agents concernés et encourage les initiatives personnelles ou la recherche d'opportunités pour faire face aux situations.

### 3.4 Identification des postes aménagés :

CHU A	CHU B
<p><i>"Mon rôle consiste à évaluer l'inaptitude et à envisager les tâches que l'agent pourra accomplir mais ce n'est pas moi qui trouve les postes même si je suis très attentive à ce sujet et toujours prête à apporter mon aide."</i> <b>Le médecin du travail</b> tient à rappeler et à différencier son rôle de celui des autres acteurs.</p> <p><b>Le DRH</b> reconnaît qu'il s'agit de la partie la plus difficile du dispositif et celle qui mobilise le plus de temps mais qui constitue l'essentiel de l'efficacité du dispositif <i>"C'est parce que nous pourrions identifier des postes aménagés intéressants et qui ont une réelle utilité que nous atteindrons les objectifs fixés. C'est valable pour les agents mais pour le CHU aussi. Aujourd'hui, il y a nécessité de gérer au mieux les postes aménagés (et pas seulement...) en raisons des impératifs budgétaires."</i> Il précise que le</p>	<p><b>Le médecin du travail</b> a le même positionnement que son confrère du CHU A.</p> <p><b>Le directeur des soins</b> admet que jusqu'à maintenant, en l'absence de réelle réflexion, l'identification des postes aménagés n'est pas très efficiente.</p> <p>Celui-ci nous confie <i>"qu'il fait souvent appel à la bonne volonté des cadres supérieurs, à l'esprit d'équipe et quelquefois à quelques marchandages pour faire accepter un agent en poste aménagé."</i> Il ajoute <i>" qu'il lui faut faire preuve de beaucoup de diplomatie pour trouver sans cesse de nouvelles solutions."</i> Il reconnaît également la tentation de concentrer dans certains services ou certaines fonctions ces postes aménagés. C'est le cas avec un service d'ergothérapie sur le secteur de psychiatrie très sollicité pour accueillir les agents en difficulté. Il admet que ces personnels n'ont</p>

CHU a mis en œuvre des efforts importants en termes de bilan de compétences et de formation d'adaptation à l'emploi.

**La directrice des soins** met quant à elle l'accent sur la nécessité de permettre aux agents, quand cela est possible, de rester dans le même service ou dans le même secteur. L'acceptation par les personnels des nouveaux postes et bien meilleure que s'ils sont assorties d'une mobilité, écueil supplémentaire à surmonter pour ceux-ci. Elle ajoute : *"Il y a deux éléments essentiels à prendre en compte lorsque l'on recherche des solutions en matière d'aménagements de postes. Le premier, c'est qu'il n'y a évidemment pas de création de poste d'où entre autre la nécessité d'être particulièrement pertinent dans l'identification de nos postes aménagés. Il faut qu'ils aient un véritable intérêt. C'est pourquoi nous avons fait le choix qu'ils apportent le plus possible une aide là où ils sont. Le deuxième c'est d'être très attentif à l'environnement et à l'impact de ces postes sur cet environnement professionnel. Par exemple lorsqu'un poste de travail est allégé il ne s'agit pas que cela occasionne une surcharge insupportable pour les autres postes. C'est aussi une des raisons qui fait qu'on évite de les concentrer dans les mêmes services."* Ces propos mettent en évidence l'importance capitale que revêt l'identification des postes aménagés.

Si les propos du cadre supérieur n'ajoutent rien à ceux précédemment cités, **le cadre de santé** est plus nuancé. *" Si c'est vrai qu'on fait en sorte de ne pas mettre au placard ces agents, pour ma part et pour certains de mes collègues on préfère avoir un poste occupé par un temps plein qui fait son job. Les charges de travail sont considérables et déjà qu'on est en sous-effectif chronique, on a besoin d'une équipe sur laquelle on peut compter. Même si on me met une AS pour faire du secrétariat, c'est sur que ça me rendra service mais pas autant que si elle était au lit du malade."*

On retrouve dans ces propos la confirmation des réticences de certains cadres rapportées par le DS au cours du thème Représentations et Perceptions des postes aménagés. Le cadre de santé interviewé même s'il perçoit l'intérêt du service rendu par un agent en poste aménagé sur des missions utiles au service,

pas malgré un apprentissage "maison", les formations nécessaires, que ces postes ne correspondent pas véritablement aux choix des agents et que cela pose de réels problèmes de cohabitation avec les professionnels ergothérapeutes diplômés d'état qui voient dans ces affectations une dévalorisation de leur fonction puisqu'elle paraît dévolue à des personnels faisant preuve d'inaptitudes physiques médicalement reconnues.

**Le directeur des ressources humaines** est du même avis que le DS et il cite d'autres exemples aux conséquences identiques. C'est le cas particulièrement du service des archives, du standard, des bibliothèques et centres de documentation, service de stérilisation centrale qui constituent souvent des services d'accueil pour les personnels en difficulté. Les agents qui occupent ces fonctions ont suivis des formations, sont titulaires de diplômes et certificats qui leur permettent d'exercer ces emplois. Ils acceptent mal par conséquent que des agents sans les qualifications requises et de surcroît inaptes à exercer leurs propres fonctions se voient brutalement devenir leurs collègues de travail. De surcroît précise-t-il, cet accueil souvent voulu comme temporaire, le temps de trouver des solutions plus adéquates devient trop souvent définitif.

**La cadre supérieur** se dit résignée à accepter ou à conserver parmi ses effectifs des personnels ayant des inaptitudes. D'une part parce qu'elle estime ne pas avoir le choix de refuser et d'autre part par solidarité vis à vis des agents en difficulté mais aussi à l'égard du DS. Mais elle avoue qu'elle se sent désemparée face à ce problème de recherche permanente de solutions. Ces situations sont souvent génératrices de conflits avec les cadres de santé qui sont beaucoup moins *"souples et conciliants que moi."*

Elle en vient parfois à penser que les médecins du travail ont recours trop facilement à des inaptitudes sans se soucier des conséquences organisationnelles que cela engendre.

Elle souligne également les cas où les services à défaut de solutions ou selon elle voulant se séparer d'agents ayant une inaptitude les *"refilent comme une patate chaude"* selon son expression, *"au service*

<p>maintient sa position de faire le choix d'un agent sans restriction médicale.</p> <p><b>Les soignants</b> rencontrés se déclarent tous satisfaits des fonctions qu'ils occupent sauf une AS qui dut changer de secteur et qui après 5 mois n'arrivent toujours pas à s'accoutumer à son nouvel environnement et à faire le deuil de son ancienne équipe. Pour les autres, elles ont le sentiment d'avoir été entendues et leurs demandes et souhaits pris en considération.</p>	<p><i>voisin qui en fait de même au bout de quelques mois."</i></p> <p><b>Les soignants</b> paraissent se résigner à leurs nouvelles fonctions même s'ils admettent n'avoir pas eu vraiment le choix ou des choix de dupes selon l'expression d'une infirmière. Trois d'entre eux espèrent que d'autres opportunités se présenteront à eux pour pouvoir changer de poste. Ceux qu'ils occupent actuellement ne leur apportent pas de satisfaction et ils disent subir cette situation.</p>
--	--

## ANALYSE

On constate que la recherche et l'identification des postes aménagés constituent des éléments capitaux et déterminants de la qualité de la politique menée en matière de gestion des postes aménagés. Il semble que ce soit de la pertinence des solutions retenues que dépend en partie la réussite ou non d'une telle politique.

Celles-ci ne s'improvisent pas à priori mais s'élaborent progressivement par la confrontation à la réalité de la situation de travail et à ceux qui la constituent. La mobilité interne qui pourrait parfois favoriser la résolution de certaines situations semble être en fait un obstacle pour les agents concernés. Ceci est sans doute à mettre en lien avec le sentiment d'appartenance au groupe souvent très prégnant chez les soignants. De plus confrontés à ces situations, ces agents fragilisés par leurs inaptitudes ont encore plus besoin de leurs repères physiques et affectifs. Au CHU B, la mobilité est pratiquée sans qu'une analyse ait été effectuée pour savoir si elle se révélait être un facteur favorisant ou non. On peut simplement en déduire à titre de suppositions à partir de nos entretiens qu'elle est subie par les agents et qu'elle représente un obstacle supplémentaire pour ces derniers. Elle est même parfois utilisée comme nous la confié un de nos interlocuteurs, afin de se séparer d'un agent devenu "indésirable".

L'enseignement essentiel que nous pouvons retirer de cette partie des entretiens concerne l'importance de la définition des postes aménagés. Comme c'est le cas au CHU A, il est de l'intérêt de l'institution de les définir avec le souci de la plus-value qu'ils peuvent apporter à l'organisation.

En conclusion, la recherche de l'adéquation entre les ressources et les capacités des agents en difficulté avec les besoins institutionnels est primordiale et demeure un objectif prioritaire. Le bilan de compétences, le dispositif de formation contribuent à son atteinte en permettant d'évaluer les acquis et d'analyser les potentialités et les motivations professionnelles des soignants. La possibilité laissée aux soignants d'être acteur des changements professionnels auxquels ils sont confrontés augmente leurs chances de continuer leur carrière dans des conditions satisfaisantes. Pour l'institution c'est la

possibilité de maintenir chez ces soignants un niveau de motivation et d'implication satisfaisant et de mobiliser un potentiel professionnel ainsi préservé.

Il semble que l'hypothèse que nous avançons en début de ce travail et concernant l'adéquation entre les intérêts de l'institution et ceux des agents se confirme à l'éclairage de ces entretiens.

### 3.5 Quelles justifications aux postes aménagés :

CHU A	CHU B
<p>Pour <b>le médecin du travail</b> il ne fait aucun doute de la nécessité des postes aménagés. <i>" Le retour au travail est un critère majeur de reconnaissance sociale. Travailler même sur des postes aménagés c'est l'inverse d'être assisté."</i></p> <p><b>L'ASH et l'AS</b> nous confie leur angoisse à l'idée de reprendre un travail qu'elles ne se sentaient plus en mesure d'exercer en raison de leurs problèmes de santé. Savoir qu'elles pourraient bénéficier d'un poste aménagé même si cela ne gommait pas le problème de santé leur a permis de se sentir <i>"soulagées et rassurées"</i> selon leurs propos.</p> <p><i>" C'est pour moi je l'espère qu'une étape ajoute <b>une infirmière</b> dès que j'irai mieux je ferai tout pour retrouver mon poste mais en attendant je peux bosser et retrouver des repères et mes réflexes."</i></p> <p>Il peut s'agir comme dans ce cas, que le poste aménagé permette une reprise du travail progressive et allégée qui va permettre à l'agent après un arrêt de longue durée de se ré imprégner progressivement du milieu de travail.</p> <p><b>La DS et le cadre supérieur</b> constatent la plupart du temps que lorsque les postes aménagés apportent une aide réelle là où ils sont, ils permettent de mettre en place des organisations de travail différentes en déchargeant les collègues de certaines tâches administratives, hôtelières ou de gestions de matériel. De ce fait ces derniers peuvent consacrer plus de leur temps en direction des patients. Cela semble être également un avis que partage <b>le cadre de santé</b> malgré ses positions évoquées</p>	<p>Sur ce point encore <b>le médecin du travail</b> est en accord avec celui du CHU A.</p> <p><b>Les soignants</b> rencontrés reconnaissent que sans ces postes aménagés, aucun n'aurait pu reprendre son travail. Même si ces postes ne leur apportent pas de satisfaction particulière selon eux, ils leur reconnaissent la capacité de leur avoir permis de se remettre au travail.</p> <p><b>Le DS, le DRH, la cadre supérieur et le cadre de santé</b> s'accordent à reconnaître qu'il est urgent d'optimiser la gestion des postes aménagés. La recherche de nouveaux postes ainsi que les méthodes auxquelles ont recours l'encadrement semblent avoir atteintes leurs limites.</p> <p><b>Le directeur des soins</b> insiste sur le fait qu'il faut en finir avec <i>"les solutions à la petite semaine."</i> <i>"Nous devons revoir de fond en comble notre approche et faire en sorte que les postes aménagés s'insèrent dans nos organisations tout en leur permettant d'évoluer. Aujourd'hui on assiste plutôt au contraire."</i></p> <p>Il y a une prise de conscience des dirigeants de l'établissement de la nécessité de construire une politique de gestion des personnels en difficulté. C'est l'objectif qui a été fixé au groupe de travail dont nous avons déjà fait état précédemment et qui a commencé sa réflexion en mars de cette année.</p> <p><b>Le représentant du personnel</b> appelle également de ses vœux une autre politique mais reste sceptique quant à la volonté réelle de la direction à vouloir la mettre en œuvre. <i>"Nous avons du mal à croire qu'on</i></p>

<p>précédemment. Il s'en justifie en faisant remarquer tout de même que si on lui donne le choix, il préfère tout de même un agent sans restriction.</p> <p>Au delà de la dimension humaine, <b>le DRH</b> revient aussi sur l'aspect économique de l'absentéisme. <i>"L'absentéisme a un coût, ce n'est pas gratuit pour l'institution. Quand nous avons initié cette politique en 96/97 c'était avec des objectifs en matière de réduction de l'absentéisme clairement affichés. Il s'agissait et c'est toujours d'actualité, de ralentir à moyen terme l'augmentation de l'absentéisme et de tenter de le contenir et également d'anticiper ou d'éviter les rechutes consécutives aux accidents de travail. Et bien je pense qu'on commence à récolter les fruits de nos efforts. Le faible taux d'absentéisme des agents en poste aménagé l'atteste Tous ces résultats ne reposent pas uniquement sur notre gestion des postes aménagés. Il y a évidemment tout le travail de prévention des risques, de formation, d'amélioration des conditions de travail etc... mais notre politique à l'égard des agents en difficulté a une part déterminante."</i></p> <p><b>Le représentant du personnel</b> est en accord avec les propos de nos différents interlocuteurs même si à ces yeux c'est essentiellement l'aspect humain du problème qui est primordial. Mais il revient sur le statut des agents de la fonction publique hospitalière qui prévoient les différentes dispositions applicables aux fonctionnaires en cas d'inaptitudes physiques ainsi que le code du travail et se demande ce qu'il en serait des postes aménagés et des agents en difficulté sans cette protection statutaire.</p>	<p><i>va opérer un virage à 180° du jour au lendemain parce qu'un groupe de travail réfléchit sur ce sujet. D'ailleurs la direction ne nous a pas sollicité pour participer à ce groupe et on se retrouvera devant le fait accompli Pourtant on ne manque pas d'idées."</i></p> <p>Pour <b>le DRH</b>, les postes aménagés doivent désormais répondre à un besoin d'efficacité. Il insiste sur la valeur tant humaine que économique des ressources humaines et sur la nécessité de les préserver et de les valoriser. Faire en sorte que des agents en poste aménagé puissent continuer à faire bénéficier l'organisation de leurs compétences mêmes modifiées contribue selon lui à cette valorisation.</p> <p>Il reconnaît aujourd'hui que les postes aménagés dans les conditions actuelles n'ont en rien permis de contenir un absentéisme sans cesse croissant. Le nombre de jours d'absences pour maladie des personnels en postes aménagés est même légèrement supérieur à celui des agents en postes traditionnels.</p> <p>Comme au CHU A quelques années plus tôt, le DRH veut tenter d'enrayer la hausse des chiffres de l'absentéisme. L'optimisation de la gestion des personnels en difficulté sera un des éléments pour y parvenir.</p>
---	--

## ANALYSE

À l'examen des entretiens concernant ce thème, l'intérêt des postes aménagés apparaît de façon évidente. Ils revêtent une justification différente selon la place des acteurs.

Pour les personnels en difficulté, ils contribuent à entretenir une reconnaissance sociale, et à restaurer un mieux-être psychologique. Le taux d'absentéisme moindre annoncé par le DRH des agents en poste aménagé en atteste même s'il faut aussi envisager que ces agents ont à cœur de se montrer performants aux yeux de l'institution.

Ils peuvent aussi se révéler être des solutions provisoires dans l'attente d'une reprise professionnelle traditionnelle. Pour l'encadrement soignant et leurs équipes, ils peuvent sous réserve d'un positionnement pertinent, permettre la mise en place d'organisations de travail différentes et faciliter un recentrage des activités de soins en direction des patients. Ils représentent pour la direction des ressources humaines et la direction des soins un des leviers dont elles disposent pour agir sur l'absentéisme et ses conséquences organisationnelles et économiques.

Néanmoins, c'est parce qu'ils s'insèrent dans un dispositif plus vaste dont ils sont un des éléments qu'ils trouvent leur utilité. Utilisés isolément, sans lien avec un dispositif élaboré, ils n'offriront à l'organisation qu'un potentiel réduit et pourront être perçus comme simplement une réponse à un dispositif réglementaire.

Le CHU A mesure ces différents aspects en évaluant le bénéfice octroyé par ses postes aménagés alors que le CHU B l'apprécie en mesurant l'écart entre la situation observée à ce jour et celle attendue à court et moyen terme après élaboration d'une politique nouvelle en matière de gestion des postes aménagés.

Il semble que nous puissions confirmer nos hypothèses exprimées lors de l'analyse des graphiques n°5 et 8 concernant l'efficacité d'une politique de prévention et de gestion des personnels en difficulté à lutter contre l'absentéisme

### 3.6 Evaluation et suivi des agents en poste aménagé :

CHU A	CHU B
<p><i>" Il n'y a pas de politique cohérente s'il n'y a pas de suivi et d'évaluation. Tous les agents bénéficient systématiquement d'une évaluation dès l'instant qu'ils font l'objet d'une inaptitude. Elle est mensuelle, trimestrielle ou semestrielle selon les cas. Là aussi il y a un changement. Si l'inaptitude disparaît ou se modifie, il convient de revoir la situation de l'agent."</i></p> <p><b>Le DRH</b> qui tient ces propos nous décrit le dispositif de suivi et d'évaluation dont la pièce maîtresse est constituée d'une commission réunissant DRH, DS, médecins du travail, psychologues du travail, assistants sociaux. Elle se réunit mensuellement, examine les nouveaux cas et assure le suivi des cas connus. Des cadres supérieurs et des cadres de santé y apportent leur contribution en fonction des situations abordées.</p>	<p><i>" Mes collègues et moi assurons un suivi le plus régulier possible mais parfois on se sent dépourvues parce que ce suivi ne repose que sur nous et que nous n'avons pas toutes les solutions."</i></p> <p>Si ces propos du <b>médecin du travail</b> témoignent de l'existence d'un suivi médical, ils laissent sous-entendre que cette évaluation ne fait pas toujours l'objet des ajustements rendus nécessaires par les modifications de l'état de santé des personnels en difficulté.</p> <p><b>Les soignants</b> interviewés ressentent un sentiment d'abandon. <i>" À part le médecin du travail et parfois le cadre, personne ne se soucie de moi"</i> nous confie une ASH. Ce ressenti vient conforter l'image dégradée qu'ont ces agents des postes qu'ils occupent et de leur situation.</p>



<p>L'évaluation est faite selon deux critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un <u>critère médical</u> attestant de la persistance ou non des motifs d'inaptitude.</li> <li>- un <u>critère professionnel</u> sous la forme d'un rapport rédigé par le cadre de l'agent en poste aménagé sur ses aptitudes professionnelles dans ce poste et les difficultés rencontrées.</li> </ul> <p>Cette évaluation régulière a permis nous précise t-il la réintégration de certains agents sur des postes traditionnels.</p> <p><b>Le médecin du travail</b> complète cette description en précisant que les agents peuvent les rencontrer aussi souvent que nécessaire ainsi que les ergonomes et les psychologues. Le rôle des psychologues est selon elle très important car ils agissent tant pour faciliter l'acceptation et l'adaptation dans un poste aménagé que pour surmonter les problèmes de santé que supportent les agents ceci restant soumis au désir des soignants.</p> <p><b>Les soignants</b> savent qu'ils font l'objet d'une évaluation régulière de leur situation qui est susceptible de changements et l'acceptent. Mais ils sont unanimes à dire combien est bénéfique le suivi personnalisé dont ils sont l'objet. Ils se sentent accompagnés, entourés et compris pour reprendre leurs expressions. Si certains d'entre eux avaient pu craindre d'être isolés, la pratique leur a confirmé l'inverse.</p> <p>Pour <b>la directrice des soins</b> également, le suivi et l'évaluation des agents en poste aménagé sont importants.  <i>" J'ai besoin de connaître précisément où en sont les agents. Est ce qu'ils font face à leurs missions, sont-ils sur le bon poste, est ce que leur état de santé s'est amélioré ou dégradé? J'ai besoin de ces réponses pour garantir une organisation cohérente et efficace et je compte beaucoup grâce à leur proximité sur la collaboration des cadres et cadres sup."</i></p>	<p><b>Les cadres soignants</b> ont un sentiment proche de celui des agents. ils ont parfois le sentiment qu'une fois le poste "déniché" on laisse les cadres s'en débrouiller et ils se disent quelquefois démunis face à des agents en grandes difficultés qu'ils leur faut gérer seul.  S'il leur arrive de rédiger des rapports destinés aux cadres supérieurs ou au DS, concernant ces agents ils ne considèrent pas cette démarche seulement comme une évaluation mais aussi comme une demande d'aide (pas toujours entendue) en direction de leur hiérarchie.</p> <p><b>Le DRH et le DS</b> souhaitent vivement que l'accompagnement, le suivi et l'évaluation des personnels en difficulté face l'objet d'un intérêt particulier du groupe de travail chargé d'élaborer le projet.  Ils sont conscients des enjeux de l'évaluation de telles situations et en ont bien pris la mesure.</p> <p><b>Le directeur des soins</b> nous confie qu'il s'enquière régulièrement dans le cadre de ses missions des situations individuelles de certains agents mais que cela ne peut pas être considéré comme une évaluation.</p> <p>Le <b>représentant du personnel</b> fait le même constat que les interlocuteurs précédents. Il souligne que ses collègues et lui-même ont à maintes reprises attirer l'attention du CHSCT sur la nécessité d'une politique de gestion des agents en difficulté en général et sur un suivi et une évaluation individualisé en particulier. Il regrette que jusqu'à maintenant ils n'aient pas rencontré d'écho favorable à leurs propositions.</p>
---	---

## ANALYSE

Le suivi et l'évaluation constituent des axes importants de la politique d'accompagnement des personnels en difficulté. Ces mesures consistent à s'assurer dans un premier temps du bon déroulement de la situation puis de la pertinence et de l'adéquation des mesures engagées.

Cela permet d'entretenir une dynamique dans la gestion des postes aménagés. Les situations individuelles ne sont pas figées et peuvent ainsi bénéficier des ajustements nécessaires au regard de leurs évolutions.

Dans cette perspective, les postes aménagés ne constituent pas nécessairement une solution définitive et inéluctable, leur étude régulière permettant leur remise en question. Nous avons émis l'hypothèse lors de la présentation des postes aménagés au CHU A que la baisse régulière depuis quelques années du nombre d'agents occupant un poste aménagé était liée entre autre à l'évaluation régulière de ces personnels. Il semble que ce suivi constitue effectivement un élément de réponse positive.

Pour les agents, c'est la garantie de se sentir accompagnés médicalement, socialement, psychologiquement et professionnellement. Le sentiment d'abandon dont font état certains professionnels renforce les représentations négatives liées aux postes aménagés. Il est sans doute vécu douloureusement chez des soignants dont on connaît l'attachement aux notions d'équipe et d'appartenance au groupe déjà évoquées.

L'évaluation est aussi l'occasion d'instaurer un dialogue entre les partenaires.

### 3.7 Collaboration pluridisciplinaire au service des postes aménagés :

CHU A	CHU B
<p>Tous les interlocuteurs interviewés sont unanimes à reconnaître la nécessité d'une collaboration multidisciplinaire formalisée.</p> <p><i>" Le médecin du travail a une position privilégiée pour recevoir et analyser les difficultés des agents. Mais les solutions ne m'appartiennent pas. Par contre je vais sur le terrain, j'analyse les postes de travail, je rencontre les cadres et ensemble on entame la réflexion."</i></p> <p><b>Le médecin du travail</b> dont sont issus les propos ci-dessus, est bien souvent le premier à être saisi des difficultés des agents. Cependant, il ne peut complètement maîtriser les conséquences de la constatation de l'inaptitude qu'il prononce. Sa rencontre avec le terrain vise à mieux mesurer l'impact de ces décisions.</p>	<p><i>" Il y a nécessairement une collaboration mais elle est informelle et généralement réduite au stricte minimum même si il y a quelques exceptions qui tiennent plus à la qualité des relations qu'entretiennent entre eux certains professionnels."</i> C'est ainsi que <b>le DRH</b> résume la manière dont sont organisées les relations des professionnels concernés par la gestion des agents en difficulté.</p> <p><b>Le DS</b> ajoute <i>"bien souvent je n'ai pas d'autre relation avec le médecin du travail que le certificat d'inaptitude de l'agent qui arrive sur mon bureau. Parfois on se parle au téléphone mais on se rencontre rarement pour échanger."</i> Et il s'empresse de rajouter <i>" Et pourtant on n'a pas de mauvais rapport."</i></p>

<p><b>Le DRH</b> même s'il se dit fortement impliqué personnellement dans ce dispositif présente son rôle comme étant celui qui donne les moyens à l'institution et lui permet d'assumer sa politique. Cette politique inclut plus largement la gestion des risques, la prévention des accidents du travail et l'amélioration des conditions de travail. Il qualifie de condition <i>sine qua none</i> la collaboration multidisciplinaire dans laquelle il intègre les partenaires sociaux par le rôle qu'ils jouent dans les instances et notamment le CHSCT.</p> <p><b>La DS</b> confirme les positions précédentes. <i>" Chaque acteur détient une partie de la connaissance de la situation et donc une partie de la réponse. Prises isolément, ces parties n'ont aucune chance d'aboutir à une solution. Cette gestion des personnels en difficulté doit vraiment s'inscrire dans un partenariat et ici c'est le cas."</i> Elle fait état des relations régulières entretenues avec les médecins du travail et pas seulement dans le cadre du dispositif de gestion des postes aménagés.</p> <p><b>Le cadre de santé</b> nuance en partie ce qu'avance la DS. <i>" On ne peut pas nier la collaboration mais on a parfois le sentiment que les collaborateurs ne pèsent pas tous le même poids. Face à une inaptitude prononcée par un médecin du travail et à la demande d'un directeur des soins ce qu'on peut dire n'a pas beaucoup d'impact."</i> Ces propos s'ils ne remettent pas en question fondamentalement la collaboration entre les partenaires, en précisent néanmoins les limites et témoignent des difficultés dans lesquelles les cadres se retrouvent parfois.</p> <p><b>Le représentant du personnel</b> se sent exclu de la mise en œuvre de ce dispositif et ne se considère pas comme un partenaire agissant. Il conçoit qu'il n'y a pas de nécessité pour les partenaires sociaux à participer au suivi et à l'évaluation des personnels en poste aménagé. Par contre il déplore l'absence d'une collaboration, dans l'amélioration du dispositif et la recherche de solutions. y compris par l'intermédiaire du CHSCT, auquel le dispositif a été soumis au moment de sa mise en œuvre sans que les représentants du personnel y aient été associés</p>	<p><b>Les cadres soignants</b> se sentent complètement exclus de toute forme de partenariat. Ils se voient imposer des décisions pour lesquelles ils n'ont d'autres alternatives que de les appliquer. Dans ce contexte, ils reconnaissent qu'ils font preuve parfois de résistances exagérées pour marquer leur désapprobation. Ils admettent néanmoins être tout à fait prêts à collaborer sous réserve que leur collaboration soit effective et qu'ils soient réellement entendus.</p> <p>Comme précédemment <b>le DRH et le DS</b> regrettent la façon dont sont gérés les postes aménagés et les personnels en difficulté. Ils redisent qu'ils attendent beaucoup des propositions qui seront avancées par le groupe de travail pour transformer le dispositif et le rendre plus opérant. La seule réserve émise par le directeur des soins concerne le temps que mettra un tel projet à produire effectivement les mesures attendues.</p> <p><b>Le représentant du personnel</b> est le plus critique à l'abord de ce point. Pour lui la collaboration n'est souvent qu'un argument utilisé, dans ce domaine comme dans d'autres, pour motiver des agents mais qui n'a en fait pas toujours de traduction dans les faits. <i>" Pourquoi attendre qu'un groupe de travail se réunisse, auquel aucun représentant du personnel ne participe d'ailleurs, pour parler de partenariat et de collaboration? Collaborer c'est une volonté politique : on l'a ou on l'a pas."</i></p>
--	---

## **ANALYSE**

Les situations des agents en difficulté comportent toujours un enjeu médical, social et professionnel. Il semble évident qu'un défaut d'attention à l'égard de l'un d'entre eux peut compromettre la viabilité de la solution retenue. Un partenariat étroit entre les différents acteurs impliqués permet une approche globale et la prise en compte de ces différentes dimensions.

Car ces enjeux sous tendent des logiques différentes et parfois contradictoires. Par exemple, la logique qui préside au fonctionnement d'un établissement hospitalier n'est pas celle du médecin du travail. Ce n'est qu'à travers une collaboration pluridisciplinaire étroite et d'une approche collective qu'il sera possible de les rapprocher au profit tant des agents que de l'institution.

À l'inverse, une approche et un traitement des situations segmentés, une concertation inexistante ou faible et des relations professionnelles distancées vont être des obstacles à la recherche des solutions.

Les divergences entre les deux établissements apparaissent à se sujet très distinctement. Pourtant on peut constater que le positionnement de l'encadrement soignant et celui des représentants des personnels présentent dans les deux cas, des similitudes bien que les contextes soient tout à fait différents. Si l'efficacité d'un partenariat multidisciplinaire est admise et reconnue, sa mise en œuvre effective ne semble pas convaincre ces interlocuteurs. Sans doute dans les deux situations, les représentations de ces professionnels concernant le partenariat se sont-elles constituées d'expériences anciennes vécues négativement.

### **3.8 BILAN DES ENTRETIENS.**

Nous avons résumé au début de ce travail notre questionnement initial de la façon suivante :

**En quoi , la mise en adéquation entre l'aménagement de postes de travail motivants, les inaptitudes physiques et/ou psychologiques des soignants, leurs capacités et compétences ainsi que leurs motivations avec les besoins institutionnels favorise t-elle la réinsertion professionnelle et la diminution de l'absentéisme?**

C'est à l'éclairage des éléments issus de nos recherches bibliographiques et statistiques que nous avons commencé à dresser une représentation de notre problématique. Les entretiens réalisés ont permis de confronter cette première approche avec une réalité, celle des acteurs du terrain. L'examen de ces différents éléments va

nous permettre de confronter nos hypothèses de départ en vue de les vérifier ou non. Nous nous proposons en conséquence de dresser le bilan des entretiens réalisés.

Quelque soit l'appellation qui leur est réservé, la représentation que l'on s'en fait ou la manière dont ils sont gérés, les postes aménagés et les personnels en difficulté sont une réalité commune aux institutions et de laquelle elles ne peuvent faire l'économie.

Si ce constat s'impose aux EPS, ceux-ci conservent néanmoins la maîtrise de leur gestion. L'exemple des deux établissements enquêtés témoigne des différences de traitement dont ils sont l'objet et des conséquences qu'elles induisent. Ces conséquences peuvent se mesurer à l'examen de certains facteurs tels que :

### **3.8.1 La modification des représentations des postes aménagés.**

Les métiers soignants véhiculent un certain nombre de valeurs et de représentations. Parmi elles, celles de performance, d'efficacité, de travail bien fait, de disponibilité. L'inaptitude physique à la fonction, la poursuite d'une carrière sur un poste aménagé, viennent bouleverser ce qui de façon inconsciente contribue à la construction de l'identité professionnelle.

S'en suit pour les agents une triple contrainte. La première constituée de l'acceptation du problème de santé initial. La seconde, du deuil des représentations professionnelles et de l'idéal professionnel. Quant à la troisième, c'est celle qui consiste à accepter la différence : différence de fonctions, différence de tâches, différence d'horaires, différence perçue dans le regard de l'autre.

Tant du point de vue de l'agent inapte que des autres professionnels, on perçoit de façon plus précise les causes des regards et jugements négatifs souvent posés sur les postes aménagés. Cela confirme les observations de Véronique CARRY<sup>38</sup> auteur de "*la requalification des personnels*" au sujet de la subjectivité qui prévaut à l'encontre des agents dans ce type de situation dans la fonction publique territoriale : "*certaines agents à requalifier font l'objet de très mauvais a priori, souvent renforcés par des situations que l'on a laissé se dégrader au fil des ans.*" Ce ne sont évidemment pas le poste ou l'agent en tant que tel qui sont négativés mais la représentation qu'en ont les professionnels et qu'en donne l'institution.

L'intégration de la gestion des personnels en difficulté à une politique sociale institutionnelle comme le montre l'exemple du CHU A constitue un facteur déterminant permettant d'en modifier l'image et d'en faciliter l'acceptation.

---

<sup>38</sup> La requalification des personnels, Véronique CARRY, Dossiers experts, Editions de La Lettre du Fonctionnaire Territorial, 1995.

Cela nécessite que la gestion des postes aménagés soit associée à un dispositif plus large d'amélioration des conditions de travail, de prévention des risques professionnels et accompagnée d'un plan de formation.

L'expérience du CHU A montre que des tâches attractives ont démontré leur réelle utilité à l'organisation. L'élaboration de profils de postes aménagés formalisés, un accompagnement personnalisé, des bilans de compétences et des formations d'adaptation à l'emploi ainsi que la possibilité donnée aux agents d'être acteur de leur projet professionnel, ont permis à cet établissement de faire évoluer favorablement les représentations et les mentalités. L'identification pertinente des postes aménagés au sein de l'établissement ainsi que la recherche de l'adhésion des agents à leur projet professionnel grâce à une démarche d'accompagnement et d'écoute, représentent la clé de voûte du dispositif.

Même s'il subsiste des résistances, le CHU A en ayant recherché et privilégié la valorisation de ses postes aménagés a su faire la démonstration qu'un changement était possible. Vécus comme des charges pour l'organisation ils permettent aujourd'hui de lui faire profiter d'une plus-value.

Il nous paraît donc possible de valider notre hypothèse n° 2 concernant l'adéquation entre les intérêts de l'institution et ceux des agents.

### **3.8.2 La facilitation de la reprise d'activité et la diminution de l'absentéisme consécutif aux inaptitudes.**

Le statut de la fonction publique hospitalière permet aux agents de poursuivre leur carrière en cas d'inaptitude et leur offre ainsi une protection. Mais il ne peut garantir à lui seul un présentéisme des personnels.

Les entretiens ont pu mettre en évidence comment les postes aménagés peuvent remplir des rôles différents en fonction du mode de gestion des personnels en difficulté qui les accompagne. Nous avons ainsi pu observer que les agents en poste aménagé au CHU B leur reconnaissent le mérite de leur avoir permis la reprise de leur travail. Mais au delà, ils manifestent peu d'investissement pour leurs nouvelles fonctions dont selon eux ils n'obtiennent pas de satisfaction. Le fait d'avoir été affecté à des fonctions non désirées et choisies majeure sans doute ce ressenti.

Parallèlement, il est fait état du manque d'accompagnement au moment de la reprise qui est ressenti comme un abandon angoissant. Ces deux éléments, faible appropriation des fonctions nouvelles et accompagnement insuffisant ne permettent pas aux postes aménagés d'être des éléments favorisant la reprise de l'activité et la prévention de l'absentéisme. Pis, il s'avère que sur cet établissement les agents en postes aménagés font l'objet d'un taux d'absentéisme pour motifs médicaux supérieurs à

la moyenne de l'établissement. Dans ces conditions les postes aménagés pourraient même s'avérer contre productifs (à cet égard) et être en eux mêmes dans ces conditions, en partie facteur d'absentéisme.

À contrario, les mesures mises en place au CHU A concernant notamment l'accompagnement personnalisé au moment de la reprise de l'activité et la possibilité donnée aux agents d'émettre des avis et de faire valoir leurs choix semblent renforcer le pouvoir intégrateur des postes aménagés. Les agents rencontrés font état d'un sentiment de sécurité au moment de la reprise. Mieux et rapidement intégrés sur des postes attrayants et valorisés, les agents en difficulté trouvent les conditions qui leur permettent de faire face à leur nouvelles obligations comme le confirment les propos du DRH concernant le taux d'absentéisme en baisse des agents en postes aménagés.

Ces observations nous conduisent à valider nos hypothèses n°1 et 3.

### **3.8.3 L'efficacité d'une participation multidisciplinaire.**

Nous savions que l'absentéisme perturbe profondément les organisations hospitalières. Nous en avons eu une confirmation lors de notre recherche. Absentéisme et conditions de travail, climat social, qualité des relations professionnelles et hiérarchiques sont étroitement liées. L'absentéisme agit souvent comme un indicateur du climat et des relations sociales au sein des établissements.

On a pu constater parmi les propos recueillis comment les personnels notamment au CHU B, attribuaient aux conditions de travail l'ensemble des causes de l'absentéisme. Le sentiment d'une expression individuelle et collective trop faible ou une participation insuffisamment reconnue ou perçue comme tel peuvent engendrer d'autres modes d'expressions. Le recours à un absentéisme réactionnel peut être de cela. Bien qu'il soit difficile d'objectiver la part qu'il occupe, on pressent en raison des taux élevés d'arrêts dans cet établissement qu'une partie lui soit attribuable.

L'absentéisme n'est ni fortuit ni inéluctable. Il serait illusoire d'imaginer le faire disparaître mais réaliste de penser agir sur la partie compressible afin de la réduire. Le CHU A en est l'illustration. Au delà du traitement de l'absentéisme en général et de la gestion des postes aménagés en particulier, il nous semble utile de retenir l'approche multidisciplinaire et participative comme la plus adaptée pour y faire face. À ce sujet, il est important de noter ce qu'évoquent les agents à ce sujet. Ils perçoivent parfois cette démarche participative comme illusoire et en éprouvent un sentiment de frustration. Il conviendra d'être attentif dans notre pratique future à ces déclarations.

La démarche collective et multidisciplinaire favorise le renforcement des liens inter personnels qu'elle nécessite. La mobilisation commune des diverses expertises des partenaires permet d'appréhender plus efficacement les situations complexes et

multidimensionnelles qu'induisent la gestion des personnels en difficulté. L'observation du CHU A à travers le dispositif mis en place démontre l'efficacité d'une telle collaboration en comparaison du traitement individuel et informel utilisé au CHU B.

En conclusion de cette partie, l'approche comparative réalisée, permet d'avancer que la mise en œuvre d'une politique de gestion des personnels en difficulté représente une démarche pertinente tant pour les agents que pour l'institution et permet à terme d'être source de qualité.

Pour **les agents**, c'est la possibilité de continuer leur carrière dans des fonctions motivantes et utiles en conservant un niveau de motivation et d'implication élevé. C'est également leur assurer des conditions optimales de reprise après un arrêt long et un environnement de travail qui permette l'expression de leur potentiel.

Pour **l'établissement**, c'est la possibilité de valoriser ses ressources humaines en favorisant le développement de nouvelles compétences, de s'interroger sur les valeurs éthiques de sa gestion des ressources humaines (respect, écoute, tolérance, confiance) afin de l'optimiser ou encore de renforcer sa politique sociale et de tendre vers un climat social propice au fonctionnement institutionnel et au développement des personnels.

À l'inverse, nous avons fait le constat qu'en l'absence d'une politique formalisée, la gestion des postes aménagés et des personnels en difficulté revêt un caractère aléatoire car elle est dépendante de la bonne volonté des acteurs et de ce fait peut être à l'origine de non qualité.

Le travail que nous avons réalisé nous a permis d'apporter des réponses à notre questionnement initial. La recherche de l'adéquation entre les besoins des individus et ceux de l'institution constitue effectivement un facteur favorisant la réinsertion professionnelle et diminuant l'absentéisme.



## 4 PROPOSITIONS D'ACTIONS.

Notre étude a été l'occasion d'élargir nos connaissances théoriques. Elle nous a également permis d'appréhender sur le terrain deux approches différentes de notre problématique. Grâce à ces rencontres, nous avons pu mieux cerner le ressenti et les attentes des agents en difficulté mais aussi des autres acteurs intéressés par cette problématique.

À partir des constatations et enseignements issus de notre investigation, nous présenterons dans cette dernière partie des propositions concernant la gestion des postes aménagés et des personnels en difficulté. C'est en qualité de directeur des soins que nous les formulerons car ces situations rencontrées et analysées en tant qu'observateur durant cette recherche feront bientôt partie de notre pratique professionnelle.

### 4.1 STRATÉGIE D'IMPLANTATION.

L'engagement de la direction dans un tel projet est essentiel. Il doit être clairement affiché. Ainsi, il encouragera la mobilisation et la fédération des autres acteurs concernés et garantira la pérennisation des actions engagées.

#### 4.1.1 Inscrire le projet dans la logique institutionnelle.

L'intégration du projet dans une logique institutionnelle garantit sa faisabilité dans une cohérence globale des politiques. Il doit constituer un des chapitres de la politique sociale de l'établissement.

##### **a) Le projet social.**

Le contexte législatif récent favorise l'inscription des projets en matière de ressources humaines dans la politique des établissements. En effet, avec le protocole du 14 mars 2000 dit protocole AUBRY et la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002,<sup>39</sup> **le projet social** s'est vu conforté dans un rôle moteur au sein du projet d'établissement. Ce renfort législatif doit constituer une opportunité incitative afin d'optimiser la gestion des ressources humaines dans différents domaines dont celui-ci.

##### **b) L'accréditation.**

Le manuel d'accréditation des établissements de santé de l'ANAES<sup>40</sup> dans sa version expérimentale de la deuxième procédure d'accréditation de novembre 2003<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

<sup>40</sup> Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

prévoit dans le chapitre Ressources Humaines à la référence 10.c. que l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels est inscrite dans les orientations stratégiques. Et il est ajouté qu'une "**politique de suivi et de gestion, adaptée aux personnels ayant des problèmes de santé, ou présentant un handicap, est mise en place.**"

Il y a là également une opportunité à prendre en considération cette problématique. Les dimensions humaines et organisationnelles auxquelles elles renvoient, incitent à la recherche de solutions. Désormais, il faudra prendre en compte également un aspect incitatif réglementaire afin que ces démarches se mettent en place dans tous les EPS.

## **4.2 UNE ACTION A DEUX NIVEAUX.**

La gestion des postes aménagés et des personnels en difficulté est une problématique transversale dans les établissements. Elle intéresse toutes les catégories de personnels des EPS même si certaines sont plus directement concernées. De même elle mobilise un nombre d'acteurs parfois nombreux et diversifiés.

Cette transversalité ainsi que l'impossibilité de traiter ce problème isolément sans référence aux conditions de travail ou à la prévention des risques professionnels nous conduit à présenter nos préconisations selon deux niveaux distincts.

Le premier intéresse la politique institutionnelle et plus particulièrement les choix opérés en matière de politique sociale. Au cours de cette approche nous inscrirons notre fonction de directeur des soins en tant que membre de l'équipe de direction.

Le second, nous permettra de présenter nos propositions sous l'angle du champ opérationnel propre au directeur des soins.

### **4.2.1 DE LA RESPONSABILITE INSTITUTIONNELLE.**

#### **a) Une GPEC intégrant la gestion des personnels en difficulté.**

Faire de la GPEC, c'est introduire une dimension prospective dans la gestion des ressources humaines, c'est évaluer quantitativement et qualitativement les ressources en personnels à moyen terme. Dans le cadre de cette démarche prospective, il est impossible de prévoir quel sera le nombre d'agents présentant des inaptitudes physiques et leurs natures. En revanche, il s'avère judicieux d'anticiper les compétences qui pourront

---

<sup>41</sup> Manuel d'accréditation des établissements de santé, 2ème procédure d'accréditation version expérimentale, novembre 2003, Direction de l'accréditation.

être développées par les agents en difficulté et ainsi contribuer à l'organisation. Le vieillissement des personnels comme il a déjà été évoqué, même si heureusement il n'est pas systématiquement synonyme d'inaptitude incite néanmoins à renforcer une politique de GPEC.

**b) *Prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles.***

La prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles répond à des objectifs multiples. C'est améliorer la qualité de vie au travail en allégeant la charge physique par l'utilisation d'un matériel adéquate et en quantité suffisante. C'est faire diminuer l'absentéisme consécutif aux accidents de travail (voir graphique n°7). Et enfin c'est éviter l'apparition éventuelle d'inaptitudes physiques futures.

Dans ce cadre nous proposons :

- que soient analysées les circonstances de chaque accident du travail ayant entraîné un arrêt afin d'en tirer des enseignements visant à éviter leur répétition.
- que soit menée une étude personnalisée de l'environnement du poste de travail des personnels en rechute en collaboration avec l'agent concerné afin de rechercher des facteurs éventuels de rechutes.
- que soit réalisé un bilan sur site après toute reprise d'accident du travail ou maladie professionnelle ayant entraîné un arrêt conséquent.

**c) *Aide au retour à l'emploi après les arrêts de longue durée.***

Comme en on fait état certains soignants interviewés, une longue période d'inactivité professionnelle en lien avec un problème de santé affecte les personnels. Parmi les agents rencontrés, certains à cette occasion ont fait part de sentiments d'angoisse, d'abandon et de détresse concernant cette période. Des interrogations sur leurs capacités à retrouver leur niveau antérieur de compétences, à faire face aux exigences de leurs fonctions, à retrouver une place au sein de leur équipe fragilisent les agents. L'absence d'un interlocuteur identifié a renforcé leur désarroi. Afin de faciliter cette période délicate et déterminante que constitue la reprise du travail nous préconisons que soit organisé :

- une rencontre avec le médecin du travail et éventuellement le psychologue du travail pour évoquer les conditions du retour avant même que la reprise soit effective.
- un suivi personnalisé dont l'agent fera l'objet au moment de la reprise. Il s'effectuera sur son lieu de travail en présence du cadre et d'un membre de l'équipe du service de médecine du travail.

**d) Dépister et reconnaître la souffrance psychique.**

Lors de nos entretiens, les médecins du travail des deux établissements étaient unanimes pour regretter malgré certains efforts déjà entrepris, que la souffrance psychique des soignants était insuffisamment reconnue et prise en considération.

À partir de ce constat nous proposons la mise en place d'une **cellule d'écoute**. Celle-ci, composée d'une psychologue et d'une assistante sociale pourra être consultée par tout agent sans formalité particulière. La confidentialité des échanges y sera garantie. Il pourra y être abordé les difficultés que connaissent les agents dans l'exercice de leurs fonctions : difficultés à faire face à une charge physique ou mentale importante, problèmes relationnelles avec l'entourage professionnel, avec la hiérarchie, ou encore ressenti négatif et pesant de leurs fonctions.

Elle pourra également être mobilisée sur sollicitation dans les cas de souffrance collective des équipes comme lors d'actes de violence, d'agressions, de prises en charge émotionnellement éprouvantes ou de travail de deuil auquel sont parfois confrontées les équipes. Dans tous les cas le recours à la cellule d'écoute reste soumis au volontariat.

Le champ d'application de la cellule d'écoute s'étendra du dépistage et de la prévention de la souffrance morale à la proposition de mesures d'aide et d'accompagnement voire d'orientation vers des praticiens spécialisés le cas échéant.

**e) Une collaboration multidisciplinaire pour une efficacité accrue.**

Nos différents interlocuteurs ont mis l'accent sur l'importance d'un partenariat multidisciplinaire étroit. Nous proposons donc de reprendre à l'image du CHU A le principe **d'une commission** chargée de gérer les situations des personnels en difficulté en y apportant quelques ajouts. Son objectif est double.

Pour les nouveaux cas :

- Etablir dans le respect du secret médical un bilan précis du potentiel modifié de chaque agent en raison de l'inaptitude constatée au regard des contraintes du poste occupé jusqu'alors.
- Emettre des propositions d'aménagements de postes de travail compatibles avec le potentiel de l'agent. En cas de reclassement, nous proposons que la commission dispose pour éclairer son choix des souhaits que l'agent a été amené à faire auparavant.
- Contractualiser avec l'agent une fois la décision finalisée et acceptée par ce dernier, les conditions de l'aménagement : modalités, évaluation, durée.

Pour les cas connus :

- Assurer le suivi de la situation de chaque agent afin d'y apporter les aménagements rendus nécessaires par l'évolution personnelle de l'agent.

- Confronter les évaluations individuelles réalisées concernant tant l'évolution des inaptitudes de l'agent que son adaptation au poste de travail. Il s'agit en fait de vérifier la pertinence de l'adéquation agent/poste de travail.
- Assurer temporairement le suivi d'un agent ayant retrouvé un poste traditionnel afin de consolider ce retour.

### **Sa composition :**

On a mesuré l'importance de la collaboration multidisciplinaire. Cette commission doit rassembler les professionnels dont l'expertise permet une approche globale de la problématique. Il s'agit en conséquence :

- Du médecin du travail
- Du psychologue du travail
- De l'assistant social
- De l'ergonome (s'il existe)
- Du directeur des ressources humaines
- Du directeur des soins
- D'un cadre par secteur d'activité (soignant, administratif, technique).

Il ne nous paraît pas opportun de proposer parmi les membres de la commission des représentants du personnel. Néanmoins, leur présence pourra être requise lorsqu'un cas le justifiera ou à la demande d'un agent. Cependant, ils pourront dans le cadre du CHSCT contribuer à l'organisation et au fonctionnement du dispositif au niveau institutionnel.

### **Son fonctionnement :**

Nous proposons un rythme de rencontres mensuel afin qu'elle puisse conserver une réactivité suffisante tant dans l'examen de nouveaux cas que dans le suivi de ceux existant.

#### ***f) Une communication institutionnelle au service du projet.***

Les instances consultatives auprès desquelles sera présentée l'ensemble du dispositif seront amenées à rendre un avis. Mais au delà cette consultation statutaire, il importe qu'une large communication autour du projet soit réalisée. Cette communication dont un des supports pourrait être une plaquette décrivant le fonctionnement de l'ensemble du dispositif ainsi que les acteurs concernés serait remise individuellement à chaque agent par l'intermédiaire du bulletin de salaire. Elle serait également disponible dans tous les lieux accessibles aux agents.

Le journal interne ou le bulletin d'information de l'établissement nous paraissent des outils susceptibles de relayer cette communication qui pourrait être associée à des informations en lien avec les mesures concernant l'amélioration des conditions de travail et la prévention. Décider d'une action ciblée de prévention des risques professionnels

pour chaque nouvelle année, rendre compte des mesures engagées, des formations entreprises ou des matériels acquis afin de diminuer la pénibilité du travail sont là quelques exemples qui permettent une meilleure lisibilité de la politique sociale de l'établissement.

Nous percevons dans cette communication institutionnelle au moins deux avantages. On a vu dans nos entretiens que les soignants se disaient souvent mal ou pas informés.

Le premier bénéfice permet de réduire la distance entre les décideurs et ceux pour lesquels s'appliquent les décisions en permettant un niveau d'information satisfaisant et régulier. En second lieu et au delà de l'aspect informatif, cette politique de communication témoigne auprès de l'ensemble du personnel d'un engagement institutionnel à modifier les représentations des postes aménagés et des personnels en difficulté.

Nous avons relevé dans les entretiens à quel point ces représentations pouvaient être préjudiciables aux agents et constituer des obstacles parfois infranchissables à l'acceptation et à l'intégration des postes aménagés.

Même s'il n'est pas suffisant à lui seul, cet engagement clair de l'établissement est un atout supplémentaire et un aspect indispensable à la mise en œuvre du dispositif.

#### **4.2.2 À LA RESPONSABILITÉ DU DIRECTEUR DES SOINS.**

Comme nous l'avons déjà évoqué, le directeur des soins par ses missions énoncées dans le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière a un rôle primordiale à remplir. L'article 4, alinéa 4 de ce décret rappelle le que "*le directeur des soins participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation.*" C'est à ce titre que nous allons formuler nos préconisations.

L'élaboration de la politique générale, à laquelle contribue le directeur des soins, détermine les axes de développement, fixe des objectifs et permet la conception des dispositifs dont l'institution souhaite se doter. La mission du directeur des soins consiste à décliner des actions opérationnelles en s'appuyant sur les dispositifs existants et visant à l'atteinte de ces objectifs.

##### **a) *Le comité de réflexion sur les postes aménagés.***

Les membres de la commission chargée de gérer les situations des personnels en difficulté évoqués précédemment doivent pour orienter leurs choix et formuler des propositions, s'appuyer sur des données fiables et actualisées émanant, pour les soignants, du service de soins. Ces éléments qui devront éclairer les choix de la commission doivent être envisagés et élaborés en amont des réunions mensuelles afin d'être disponibles lors de celles-ci.

C'est cet objectif de complémentarité que nous souhaitons permettre en proposant la formation **d'un comité dit de réflexion sur les postes aménagés**. Celui-ci intégrera parmi ses membres le directeur des ressources humaines, le directeur des soins, entre lesquels une collaboration étroite et suivie doit exister, des représentants des cadres supérieurs et des cadres de proximité ainsi que des représentants du personnels.

Le comité sous la conduite conjointe du directeur des ressources humaines et du directeur des soins sera chargé de :

- Élaborer et actualiser régulièrement une cartographie des postes aménagés au sein des différents secteurs.
- Répertorier et évaluer les possibilités d'aménagements de postes dans les unités de soins. À cet effet, les cadres de chaque service seront régulièrement sollicités à faire part de leurs propositions.
- Mener une réflexion concernant des fonctions à créer qui pourraient accueillir des personnels en difficulté. L'intérêt de la fonction elle-même ainsi que celui pour l'organisation générale et la valeur ajoutée qu'elle doit permettre devront guider la réflexion.
- Élaborer les définitions de fonctions et rédiger les profils de postes correspondants.

Le comité pourrait se réunir une fois par mois à une date précédant la rencontre de la commission de gestion des personnels en difficulté de façon à alimenter celle-ci régulièrement d'informations et de propositions actualisées.

Les informations recueillies lors de nos entretiens nous ont permis de mettre en évidence la nécessité de proposer aux agents en difficulté des fonctions motivantes et offrant un réel intérêt. La satisfaction de cette condition détermine pour une part importante la réussite de la politique engagée.

À titre d'exemple, des fonctions qui pourraient décharger l'encadrement de diverses tâches (commandes de repas, de produits d'entretien, de petit matériel) sous la responsabilité des cadres pourraient être envisagés.

De même l'organisation des admissions et des sorties des patients, les diverses prises de rendez-vous pourraient également constituer une fonction utile en permettant aux cadres à qui souvent elles sont dévolues de recentrer leur activité sur des missions plus en lien avec le management des équipes.

Il nous paraît également intéressant d'envisager dans ce même registre, des postes qui permettraient de recueillir en première intention les doléances et récriminations des

patients ou de leur famille. Certaines études, notamment depuis la promulgation de la loi du 4 mars 2002<sup>42</sup> ont mis en évidence que la très grande majorité des recours engagés par les usagers auprès de la commission de conciliation étaient motivés par une absence de réponse à leurs questions et doléances ou par l'impossibilité de rencontrer un interlocuteur.

On peut imaginer que "ces chargés de relation avec les usagers", en apportant les premières réponses et en facilitant la mise en relation avec les bons interlocuteurs feraient baisser les recours à la commission de conciliation et par là même l'insatisfaction des usagers. Pour des fonctions de ce type, nous préconisons qu'elles puissent bénéficier à plusieurs unités du même secteur ou du même pôle.

Les entretiens ont souligné les réticences dont faisaient preuve les agents à l'égard de la mobilité. Elle est souvent vécue comme une épreuve supplémentaire à surmonter. Tenter d'en tenir compte dans la recherche du poste lorsque cela est possible pourra se révéler être un facteur facilitant dans la réinsertion des soignants.

#### ***b) À la recherche des potentiels.***

Lorsque l'inaptitude physique prononcée par le médecin du travail nécessite un reclassement professionnel, celui-ci doit obligatoirement entraîner **un bilan de compétences** de l'agent concerné. Des compétences professionnelles acquises dans un autre champ professionnel ou encore des compétences personnelles, l'inventaire des centres d'intérêts et des motivations doivent systématiquement être explorés.

Une fois établi le bilan de compétences, il conviendra de mettre en place **un programme de formation** afin de satisfaire aux exigences du nouveau poste envisagé.

Le directeur des soins sera ainsi en mesure de proposer l'affectation d'un agent aux compétences évaluées et à la formation adéquate ce qui sera un gage de qualité.

#### ***c) Quel rôle pour l'encadrement ?***

L'encadrement joue un rôle primordial dans la gestion des ressources humaines. À ce titre, un engagement de celui-ci dans les orientations définies, est un facteur clé de réussite. Or les entretiens ont été l'occasion de constater que l'adhésion des cadres et notamment des cadres de santé n'était pas toujours acquise. Il convient donc au directeur des soins de les impliquer et de les responsabiliser dans le processus de gestion des personnels en difficulté afin d'obtenir leur coopération. Celui-ci doit entreprendre un

---

<sup>42</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.



important travail de pédagogie à l'égard de l'encadrement et notamment en tentant d'objectiver ce qu'il a à gagner en termes d'amélioration organisationnelles en participant et en faisant vivre un tel dispositif.

Le suivi de l'absentéisme grâce à l'établissement de tableaux de bord par secteur et par unité de soins peut y contribuer. D'autres concernant les accidents de travail ou l'absentéisme des personnels en poste aménagé pourront également être établis.

Nous proposons également que chaque cadre accueillant un agent en difficulté en devienne son référent. Il ne s'agit pas d'alourdir une charge de travail déjà conséquente mais de permettre un accompagnement au quotidien de l'agent et le cas échéant de l'orienter dans ses démarches ou de répondre à ses interrogations.

Il conviendra également pour le directeur des soins de restaurer pour une partie de l'encadrement une représentation plus positive de la participation. Il devra également prendre en considération le sentiment d'abandon ou d'impression à devoir se débrouiller seul face aux difficultés qu'évoquaient certains cadres enquêtés notamment au CHU B.

La directrice des soins du CHU A avait au cours de nos entretiens rappelé le rôle essentiel de l'évaluation réalisée par les cadres en raison notamment de leur proximité et de leur connaissance des équipes.

C'est ainsi qu'il reviendra aux cadres de santé la responsabilité d'évaluer par des entretiens réguliers auprès des agents en poste aménagé, leurs capacités à s'adapter aux aménagements réalisés et/ou à assumer leurs nouvelles fonctions. Au delà de l'aspect évaluatif de ces entretiens, ils favoriseront l'expression des agents et leur permettront de faire part le cas échéant de leurs difficultés. Le rôle de référent assumé par l'encadrement évoqué ci-dessus et le climat de confiance qu'il peut faire naître devrait grandement faciliter cette mesure.

Ce suivi régulier nécessaire autorise une réactivité rapide qui permet de prévenir ou de remédier à d'éventuelles difficultés.

#### ***d) Evaluer pour mieux ajuster.***

Nous souhaitons conclure cette ultime partie en abordant le rôle essentiel de l'évaluation. Le directeur des ressources humaines du CHU A nous confiait qu'il ne pouvait y avoir de politique cohérente sans un suivi et une évaluation de celle-ci.

Il appartient au directeur des soins de mener cette évaluation afin de permettre d'une part la mesure de l'efficacité des actions engagées et les ajustements nécessaires mais aussi d'assurer la pérennité du dispositif. Ne plus fixer d'objectifs, ne plus porter de regards rétrospectifs sur le fonctionnement du dispositif, ne plus s'assurer de sa pertinence, c'est rapidement le condamner à la stagnation et à court terme à son délitement.

L'évaluation devra porter sur les nouvelles fonctions créées. Correspondent-elles réellement au projet envisagé? Apportent-elles la valeur ajoutée souhaitée à l'organisation du service? Cette évaluation se fera en étroite collaboration avec les cadres supérieurs et les cadres de santé concernés. Ces résultats viendront alimenter les travaux du comité de réflexion sur les postes aménagés.

L'évaluation devra également se concentrer sur les chiffres de l'absentéisme concernant les agents en postes aménagés et en particulier le nombre de journées de rechutes après accidents du travail. Ces données qui constituent un indicateur fiable sur l'efficacité de la politique engagée seront analysées avec la participation de l'encadrement.

Enfin, une évaluation concernant l'absentéisme et les risques professionnels devra également être étendue à l'ensemble des soignants. Ces données devront être étudiées service par service et analysées en fonction de la nature du service et de ses contraintes particulières. Des actions spécifiques de formation visant à prévenir ou à réduire les risques professionnels et l'éventuel absentéisme consécutif seront ainsi mises en place. Elles viendront renforcer un plan de formation continue établi au regard des priorités institutionnelles dans ce domaine afin d'offrir aux soignants une réactivité rapide.

L'ensemble de ces mesures a pour seul objectif de tendre vers une optimisation des ressources humaines de l'institution dans l'intérêt de chacun. Les établissements publics de santé ont parmi leurs missions celle de prendre soins des usagers qui leur sont confiés. Ils ne peuvent atteindre pleinement cet objectif que s'ils savent prendre soins aussi de leurs personnels.

## CONCLUSION

Les institutions hospitalières vivent de profondes mutations organisationnelles et structurelles. La place de l'hôpital dépend certes de l'environnement et de sa capacité à s'adapter mais également de sa stratégie interne visant à mobiliser les ressources humaines dont les hommes sont la principale richesse.

Il importe en conséquence de préserver ce capital humain déjà soumis dans le contexte particulier qu'est l'hôpital à de multiples contraintes. Et ce sont parfois ces contraintes, associées à d'autres facteurs, qui imposent à certains soignants de ne plus pouvoir exercer les fonctions qu'ils avaient initialement choisies.

Dès lors, si leur emploi au sein de la fonction publique hospitalière n'est pas remis en question en raison de leur statut, c'est leur place dans l'organisation interne des établissements qui va être reconsidérée.

Tout au long de ce travail, nous avons tenté de démontrer que les personnels en difficulté pouvaient être à l'origine d'une valeur ajoutée si les missions qui leur sont confiées contribuent à renforcer ou à améliorer les organisations existantes. Ce qu'il importe de modifier, c'est le regard que porte sur eux l'institution, ses agents et ses dirigeants.

La valorisation des potentiels, l'affectation aux postes adéquats représentent pour le directeur des soins des objectifs de sa politique de management à l'égard des personnels en difficulté. Celle-ci motivée par le souci permanent de l'optimisation de la qualité des soins ne peut s'envisager que par une étroite collaboration avec les partenaires impliqués dans cette problématique et en premier lieu avec la direction des ressources humaines. Car c'est parce qu'elle s'inscrit dans une politique sociale fondée sur des valeurs éthiques que la gestion des personnels en difficulté trouve sa pertinence et son efficacité.

Dans la revue professionnelle *l'infirmière magazine*<sup>43</sup> de septembre 2003, Sandrine PAGEAU se demandait si les infirmières épuisées étaient bonnes à jeter. À cette interrogation qui va bien au-delà de la catégorie des infirmières, nous avons au cours de cette recherche tenté d'apporter une réponse définitivement négative.

---

<sup>43</sup> PAGEAU S. - "Les infirmières épuisées sont-elles bonnes à jeter?" *L'infirmière magazine* – Septembre 2003 n° 185

Nous souhaiterions conclure cette recherche avec cette citation empruntée à Elisabeth BADINTER : *"chaque fois que l'on fait passer nos différences avant nos ressemblances, on met le doigt dans un processus d'affrontement."*

---

# Bibliographie

---

## LIVRES:

**BONMATI J.M.-** *Les ressources humaines à l'hôpital: un patrimoine à valoriser.* Paris, Berger-Levrault, 1998, 325 P.

**CARRY V.** – *La requalification des personnels – Dossiers Experts – éd. De la Lettre du Fonctionnaire Territorial, 1995.*

**CHAIZE J.-** *La porte du changement s'ouvre de l'intérieur: les 3 mutations de l'entreprise – éd. Calman Lévy, 1992, 258p.*

**DERENNES O., LAMY Y.-** *les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier 7<sup>e</sup> édition - Rennes: ENSP, 2003 – 277p.*

**DERENNES O., LUCAS A. et al.** – *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière – tome 1 – Le fonctionnaire hospitalier et sa carrière - Rennes: ENSP, 2001 – 332 p.*

**ESTRYN-BEHAR M.-** *Travailler à l'hôpital – éd. Berger-Levrault, 1989, 180 p.*

**LETEURTRE H.** – *Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier – éd. Berger-Levrault, 1991, 233pp.*

**QUIVY R. et VAN CAMPENHOUDT L.** – *Manuel de recherche en sciences sociale 2<sup>e</sup> édition – Paris, 1995, éd. Dunod, 287 p.*

**SAINSAULIEU R** - *Le maintien dans l'emploi en questions - éd. ENSP 2000-223p.*

## ARTICLES:

**BINST M** – "Une arme contre l'absentéisme et le turn over, l'analyse stratégique"- *Gestions hospitalières* - février 1999, pp. 112 à 116.

**CANOUI P.** – "La souffrance des soignants : un risque humain – des enjeux éthiques." – *Info Kara* – 2003, pp.101 à 104.

**DELPLANQUES R.-** "Les risques du travail soignant" – *Soins cadres* - mai 2001 – n°38, pp. 46 à 50

**ESTRYN-BEHAR M.** – "Souffrance psychique et risque de burn out chez les infirmières" – *Soins* – juin 1997 – n°616, pp. 13 à 17

**LECORNET E.** – " Absentéisme à l'hôpital: quelle prévention possible?". *Entreprise Santé*, Janvier-Février 2000, n°25, pp.30.

**PAGEAU S.** -"Les infirmières épuisées sont-elles bonnes à jeter?" *L'infirmière magazine* – Septembre 2003 n° 185, pp. 43-45.

**MEMOIRE:**

**GOETINCK J.-** *La gestion des postes pour les agents en difficulté ou comment lutter contre un absentéisme prévisible* – mémoire de directeur des soins: ENSP, 2002 - 68 p.

**HUGONNET A.-** *L'absentéisme des aide-soignantes en gérontologie: comment le prévenir?* – mémoire de directeur des soins: ENSP, 1999, 65p.

**RAPPORT:**

**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES,** *Synthèse annuelle des données sociales hospitalières, établissements publics de santé, 2001, éd. Planistat Europe, Août 2003, 171 p.* Catherine Morh, Laurence Haeusler, Kaoula Ben Messaoud

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE 1 : Profil des personnes interviewées

ANNEXE 2 : Grille des entretiens

## PROFIL DES PERSONNES INTERVIEWÉES

CHU A	Sexe	Age	Ancienneté dans la fonction	Ancienneté dans l'établissement	Affectation
DRH	M	48	20	11	DRH
DS	F	51	12	7	DS
Médecin du travail	F	49	18	9	Médecine du travail
Cadre supérieur	M	38	3	19	Cardiologie
Cadre	M	40	9	7	Neurochirurgie
Représentant du personnel	M	54	11	26	
Infirmière	F	46	22	16	Alcoologie
Infirmière	F	50	28	28	Pédiatrie
AS	F	49	13	13	Médecine
ASH	F	52	18	10	Médecine

CHU B	Sexe	Age	Ancienneté dans la fonction	Ancienneté dans l'établissement	Affectation
DRH	M	45	18	4	DRH
DS	M	46	5	3	DS
Médecin du travail	F	56	24	7	Médecin du travail
Cadre supérieur	F	50	12	29	Psychiatrie
Cadre	M	44	14	18	Hématologie
Représentant du personnel	M	39	6	19	
Infirmière	F	49	19	19	Psychiatrie
Infirmière	F	48	24	20	Stérilisation
AS	F	44	20	20	Stérilisation
ASH	F	50	17	12	Standard



## **GUIDE D'ENTRETIEN**

1. Quelles sont selon vous les causes essentielles d'absentéisme?
2. Quelles perceptions et représentations avez vous des postes aménagés?
3. Quel est le dispositif mis en place? Le connaissez vous dans le détail?
4. Quel est votre rôle?
5. Existe t-il un dispositif d'accompagnement des agents en difficulté et une évaluation?
6. Quel ressenti avez vous à l'égard des postes aménagés? (pour les soignants en postes aménagés)
7. Existe t-il une collaboration avec d'autres partenaires? Comment fonctionne t-elle?