



Élèves directeurs d'hôpital

Promotion : **2023-2024 – Axel Kahn**

Date du Jury : **octobre 2024**

**Quelle organisation institutionnelle de
demain pour une politique de retour et
de maintien dans l'emploi adaptée à
l'état de santé en dégradation des
personnels hospitaliers ?**

Cécile DEBALME

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier la direction du Centre hospitalier d'Abbeville, et plus particulièrement Mme Corinne SENESCHAL et M. Michel CLEMENT, pour m'avoir permis d'effectuer un stage dans les meilleures conditions possibles. Leur accueil, leur bienveillance et leur attention vis-à-vis de mes attentes en tant qu'élève directrice ont été autant de facteurs qui m'ont permis de m'intégrer au sein de l'établissement et de m'épanouir pleinement dans ce stage de direction.

Je remercie avec sincérité l'ensemble des personnels hospitaliers bénéficiaires de la politique de retour et de maintien dans l'emploi qui ont accepté de partager leur expérience. Malgré la charge de travail qui leur incombait, ils ont pris le temps de répondre à mes questions, parfois même en dépassant leurs horaires de fin de service. Je leur en suis d'autant plus reconnaissante que ce sujet de mémoire touche à leur identité professionnelle et personnelle, ce qui n'est pas évident à aborder en entretien.

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude à tous les professionnels hospitaliers : directeurs, attachés d'administration hospitalière, médecins et infirmiers du travail, psychologue, assistante sociale qui m'ont fait part de leur expertise au sein de leurs établissements, étant pleinement impliqués dans cette politique institutionnelle. La diversité de leurs expériences m'ont permis d'enrichir ce mémoire de leurs observations et enseignements personnels.

Je tiens également à remercier Mme Anne-Laure SCHARDT-RIQUET et M. Carl ALLEMAND, enseignants à l'EHESP en ressources humaines. Leur disponibilité et leur expertise, notamment en matière de réglementation, m'ont été précieuses pour répondre à mes questions et éclaircir les aspects complexes de ces sujets.

Enfin, j'adresse mes remerciements à mes collègues et amis de promotion qui ont accepté de me partager des documents utiles à mes recherches et qui m'ont plus généralement accompagnée tout au long de ces deux ans de formation. A travers nos échanges, ils auront contribué à la rendre humainement et intellectuellement riche.

Sommaire

Introduction	3
Méthodologie :.....	7
Limites de l'étude :	8
1. L'augmentation des problématiques de santé des professionnels hospitaliers accentue les enjeux liés à la politique de retour et maintien dans l'emploi.....	10
1.1. Des problématiques de santé touchant les professionnels de santé de manière croissante influent sur l'absentéisme au sein de la fonction publique hospitalière :	10
1.1.1. Une progression des problèmes de santé au sein de la population française et de la population active :	10
1.1.2. Des problèmes de santé plus marqués au sein des professions hospitalières s'expliquant par des conditions de travail difficiles :	11
1.1.3. Un absentéisme plus important dans la fonction publique hospitalière : ...	14
1.2. Le retour et le maintien dans l'emploi recoupe divers enjeux	17
1.2.1. Un enjeu d'amélioration de la santé et des conditions de travail des agents dépendant de la relation entre l'agent et l'établissement de santé.....	17
1.2.2. Un enjeu de qualité de prise en charge des patients	19
1.2.3. Un enjeu financier du fait de répercussions directes et indirectes de l'absentéisme	20
1.2.4. Un enjeu d'accompagnement des personnels dans le deuil de leur profession face à la charge psychologique qu'il représente.....	21
1.3. Le directeur d'hôpital détient une responsabilité centrale dans l'effectivité de la politique de retour et de maintien dans l'emploi	24
2 Mettre en œuvre une politique de retour et de maintien dans l'emploi : un défi d'accompagnement des diverses situations des agents et d'une organisation institutionnelle complexe	26
2.1. Les situations des agents en arrêt maladie :	26
2.2. Le rôle primordial du service de santé au travail dans la politique de retour et de maintien dans l'emploi :	29
2.3. L'accompagnement dans la procédure de retour et de maintien dans l'emploi : l'étude de cas du Centre hospitalier d'Abbeville	31

2.3.1.	Les effectifs d'agents en postes adaptés ou en reclassements :.....	31
2.3.2.	La distinction entre l'inaptitude totale ou temporaire aux fonctions.....	33
2.3.3.	Les divers cas de figure de reprise de l'agent selon ses aptitudes.....	33
2.4.	Les problématiques constatées de cette procédure actuelle :	37
3.	Une stratégie de retour et de maintien dans l'emploi axée sur la prévention en santé et l'anticipation des reprises professionnelles	43
3.1.	Un renforcement indispensable de la politique de prévention	43
3.1.1.	Une analyse qualitative et visites "santé-travaux" pour la prévention des accidents du travail par l'ergonome.....	43
3.1.2.	Une cartographie des métiers à risques et une priorisation des actions de prévention.....	43
3.1.3.	Une surveillance renforcée des publics vulnérables aux troubles musculosquelettiques	44
3.1.4.	L'entretien de mi-carrière pour un repérage précoce des inaptitudes.....	44
3.1.5.	Une sensibilisation accrue au handicap auprès de l'ensemble du personnel hospitalier	45
3.2.	Une stratégie de retour et maintien dans l'emploi basée sur la réserve de postes et complétée par des postes tremplins	46
3.2.1.	Des postes réservés au reclassement	46
3.2.2.	La mise en place de postes tremplins ou contrats sur poste pour faciliter les PPR ou l'apprentissage de nouvelles compétences :	47
3.2.3.	Un maintien du contact avec l'agent en arrêt de travail afin de faciliter son retour à l'emploi	49
3.3.	Un accompagnement personnalisé lors de la reprise de poste de l'agent par divers acteurs institutionnels.....	50
3.4.	Prévoir des solutions en cas d'échec à la reprise de poste :.....	52
3.5.	Des conditions de réussite nécessaires au bon déroulé de cette politique : 52	
3.5.1.	Une diversité des postes réservés et une typologie de services concernés 53	
3.5.2.	Une solidarité interservices.....	53
3.5.3.	La question de l'intégration du service d'origine ou non pour un poste reclassé : 53	

3.5.4.	La proposition systématique du statut RQTH :	54
3.5.5.	Une posture d'acteur de l'agent à initier mais avec un accompagnement soutenu : 54	
3.6.	Les limites des bénéfices du retour ou maintien dans l'emploi :	55
3.6.1.	Des postes parfois insuffisamment adaptés aux inaptitudes des agents ..	55
3.6.2.	Un frein culturel autour de la santé des professionnels hospitaliers.....	56
Conclusion.....		57
Bibliographie		63
Liste des annexes		I

Liste des sigles utilisés

CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
TMS : Troubles Musculosquelettiques
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
DRH : Direction des Ressources Humaines
PNM : Personnel Non Médical
PM : Personnel Médical
MNH : Mutuelle Nationale des Hospitaliers
AT : Accident du Travail
ETPR : Equivalent Temps Plein Rémunéré
AS : Aide-soignant
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire diplômé d'Etat
AEQ : Agent d'Entretien Qualifié
CITIS : Congé d'Invalidité Temporaire au Service
CMO : Congé Maladie Ordinaire
CLM : Congé de Longue Maladie
CLD : Congé Longue Durée
ALD : Affection Longue Durée
HAS : Haute Autorité de Santé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
CGFP : Code Général de la Fonction Publique
CGOS : Comité de Gestion des Œuvres Sociales
AIPN : Autorité Investie du Pouvoir de Nomination
DORS : Disponibilité d'Office pour Raisons de Santé
TPT : Temps Partiel Thérapeutique
RQTH : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
PPR : Période de Préparation au Reclassement
DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
FIRAH : Fondation Internationale de la Recherche Appliquée au Handicap
FHF : Fédération Hospitalière de France
CESE : Conseil Economique Social et Environnemental
DGAFP : Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique
PSH : Personne en Situation de Handicap

CLACT : Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail

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

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IFAS : Institut de Formation Aides-Soignants

IA : Intelligence Artificielle

Introduction

Lancée le 30 mars 2023 par l'ancienne Ministre déléguée Agnès Firmin Le Bodo, la concertation nationale sur la santé des professionnels de santé a dévoilé que 63% des participants « estimaient que leur état de santé n'était pas bon », dont 22% l'évaluant comme « mauvais voire très mauvais ». Divers facteurs ont été identifiés, parmi lesquels la charge de travail excessive, le stress professionnel, le manque de soutien institutionnel ainsi que le manque d'accès aux soins. En mars dernier, le Ministre délégué chargé de la Santé et de la Prévention, Frédéric Valletoux, annonçait ainsi le lancement d'un comité de suivi sur la santé des soignants dans la continuité de ces résultats.

L'état de santé des hospitaliers est ainsi une préoccupation politique désormais bien actée, renforcée par la mise en lumière des conditions de travail difficiles des personnels de santé durant la crise du COVID-19. Pour autant, le nombre d'arrêts maladie dans la fonction publique hospitalière ne cesse d'augmenter ces dernières années, comme en témoigne un rapport de la Cour des comptes indiquant une hausse de 12% des absences maladie entre 2014 et 2019. Il est prévisible que ce chiffre soit en augmentation continue, le système de santé faisant face à des déficits d'attractivité des soignants, au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques. Ces problématiques alourdissent la charge de travail des soignants et notamment les tâches physiques lourdes favorisant alors la survenue d'accidents du travail et le développement de troubles ou de maladies professionnelles.

En retour de congés maladie, l'agent peut demander à réintégrer l'hôpital, dans des délais parfois courts, ce qui peut s'avérer complexe lorsque celui-ci présente des restrictions nouvelles sur son ancien poste. L'observation d'entretiens individuels au sein d'une Direction des Ressources Humaines (DRH) portant sur des situations de retour à l'emploi après plusieurs années de congés pour raisons de santé ont permis d'identifier les difficultés d'organisation de ce retour à l'emploi, à la fois pour l'agent et pour la DRH. Certains agents, réintégrant l'établissement au bout de plus de cinq ans avec une inaptitude définitive sur leur métier d'origine, ne peuvent travailler sur un poste similaire. Il s'agit pour beaucoup d'entre eux, d'un véritable deuil de leur profession à vivre, couplé à une nouvelle identité professionnelle à reconstruire. Du côté de l'institution, peu de postes disponibles correspondent aux restrictions des professionnels. Souvent proches de la retraite, l'apprentissage d'un nouveau métier s'avère délicat, notamment sur des postes administratifs où l'informatique reste indispensable, comme en témoigne une attachée d'administration à la DRH : « *Elle affirmait ne pas savoir rédiger de mail ni se servir de Word mais être prête à apprendre avec sa fille. Envisager pour elle un poste de secrétaire me*

semble être de la folie si elle ne sait pas se servir d'un ordinateur ». Ce cas de figure se constate de plus en plus fréquemment avec l'augmentation des problèmes de santé des agents, souvent à des âges avancés. C'est précisément sur la base de ce constat que le retour et le maintien dans l'emploi des professionnels devient une politique de plus en plus essentielle au sein des organisations hospitalières.

La définition du maintien dans l'emploi a pu être éclaircie par la Haute Autorité de Santé (HAS) : il consiste en un accompagnement des personnes ayant des problèmes de santé affectant leurs capacités de travail afin de les maintenir durablement dans l'emploi, sans nécessairement que ce soit dans leur poste actuel, mais dans des conditions compatibles à long terme avec leur état de santé. Le retour à l'emploi se caractérise par la possibilité d'une reprise professionnelle de l'agent à la fin d'une absence au travail, souvent un congé maladie. Comprenant plus largement les situations de risque de développement d'inaptitudes et de désinsertion professionnelle, il se distingue de l'obligation d'emploi. De manière plus restrictive, le bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE) ne peut l'être qu'en cas d'inaptitudes médicalement avérées. Le juge administratif précise ainsi que seuls les agents reconnus travailleurs handicapés, titulaires d'un emploi réservé ou reclassé après une déclaration d'inaptitude physiques ou encore bénéficiaire d'une allocation temporaire d'invalidité, entrent dans la liste des BOE. La Cour administrative d'appel de Nantes a ainsi pu exclure de cette catégorie les agents bénéficiant d'un poste adapté en raison de leur état de santé. La politique de retour et de maintien dans l'emploi ne s'intéresse pas uniquement aux situations d'agent reconnus inaptes par un médecin agréé, un médecin du travail, ou le conseil médical. Elle englobe plus largement toutes les situations où l'état de santé du professionnel ne lui permet pas d'exercer son métier dans les meilleures conditions, y compris lorsque les inaptitudes ne sont pas avérées.

L'enjeu est de permettre aux agents rencontrant des difficultés à occuper leur poste de travail de ne pas devenir inapte au travail et de conserver leur emploi dans des conditions respectant leur état de santé, tout en poursuivant leur carrière professionnelle. L'aménagement de poste est ainsi une solution permettant un maintien de l'agent dans son poste qui s'adapte à son état de santé. Il peut consister en un changement du matériel employé, une modification de son temps de travail ou de son environnement de travail. Le reclassement n'est envisagé que lorsque l'aménagement de poste n'est pas possible. Il est défini par un décret de 1989 : lorsque le fonctionnaire est reconnu, par suite d'altération de son état de santé, inapte à l'exercice de ses fonctions et si son poste de travail ne peut être adapté, il peut être reclassé dans un autre emploi correspondant à son grade ou dans un emploi d'un autre corps, s'il est déclaré en mesure de remplir les fonctions correspondantes à l'emploi visé.

Dans cette acception large, la politique de retour et de maintien dans l'emploi est indissociable de la politique de prévention en santé. Cette dernière fut définie dès 1948 par l'OMS comme étant « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre ou la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». En France, la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, a donné pour la première fois une définition de la politique de prévention. Celle-ci a pour but « *d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé* ». La prévention en santé des professionnels de santé est sélective, s'appuyant sur une catégorie de la population identifiée selon des critères sociodémographiques. Réduire le risque d'apparition de maladies professionnelles passe dès lors par une politique de prévention rodée qui vise les catégories professionnelles le plus fortement exposées à des facteurs de dégradation de leur santé. La responsabilité des pouvoirs publics et des institutions est alors pleine dans la mise en place de cette politique.

Historiquement, le reclassement professionnel et plus généralement la réinsertion professionnelle après une période d'incapacité a suivi les avancées sociétales en matière de droit du travail. Au XIX^{ème} siècle, sous l'ère industrielle, malgré les lois de protection du travailleur, aucune alternative au licenciement pour incapacité permanente au travail n'est proposée. Après la Première Guerre mondiale, la réintégration des soldats mutilés a vu les premières réinsertions professionnelles des invalides de guerre, notamment dans les administrations avec la loi du 26 avril 1924. Une réparation par l'assistance est toutefois privilégiée. En 1945, avec la création du régime général de la Sécurité Sociale, la réintégration professionnelle est instaurée par l'ordonnance du 1^{er} mai 1945, avec par la suite, une reconnaissance de la notion de réinsertion professionnelle.

En parallèle, la médecine du travail est créée par la loi du 11 octobre 1946 obligeant les établissements à organiser des services médicaux du travail. Leur objectif est d'éviter l'altération de la santé des travailleurs, notamment par le maintien au travail, l'adaptation des techniques de travail, ou la recherche d'un nouvel emploi lorsque leurs incapacités ne leur permettent pas de revenir dans leur emploi antérieur.

Une véritable définition du statut de travailleur handicapé et l'extension du reclassement à toute personne reconnue handicapée fut permise par la loi Gazier du 23 novembre 1957. Le maintien des personnes handicapées dans un cadre de travail devient ensuite un droit reconnu par la loi du 30 juin 1975 sur l'insertion des personnes handicapées. Toutefois, les agents dans la fonction publique sont souvent placés en retraite pour invalidité voire révoqués. Dès lors, la loi Auroux de 1982 qui instaure l'obligation pour

l'employeur de rechercher une solution de reclassement pour les salariés déclarés inaptes. Parallèlement, dans la fonction publique, la loi du 13 juillet 1983, dite loi Le Pors instaure l'obligation de reclassement de tous les agents publics inaptes à l'exercice de leurs fonctions dans un autre emploi du même grade. Elle sera précisée dans par la loi du 9 janvier 1986 applicable à la FPH par le fait que l'employeur public doit rechercher des solutions de reclassement selon les compétences et qualifications de l'agent. Par la loi du 10 juillet 1987 naît l'obligation pour tous les secteurs, publics ou privés, de plus de 20 salariés, de compter parmi leurs effectifs 6% de travailleurs handicapés, sans toutefois prévoir de sanction financière pour les établissements de la fonction publique. L'Agefiph est par la même occasion créée afin d'accompagner les personnes handicapées à s'insérer et se maintenir sur le marché du travail privé, sur des ressources provenant des contributions des entreprises privées n'ayant pas atteint ce quota. La loi du 11 février 2005, renforce cette obligation d'emploi dans le secteur public en créant le FIPHP qui récolte désormais au même titre que l'Agefiph, les sommes des employeurs qui ne respectent pas les 6%.

Ces obligations de réinsertion par l'employeur sont renforcées par la réforme du Code du travail en 2017, avec notamment l'exigence de proposer des postes adaptés aux capacités résiduelles du salarié avant d'envisager la rupture du contrat. L'ordonnance du 19 janvier 2017 va également dans le sens de ces obligations dans le secteur public. Elle met en place un suivi plus rigoureux des agents et des délais précis pour la proposition de postes de reclassement, instaure le conseil médical, la possibilité d'être reclassé dans d'autres emplois de la fonction publique et élargit le recours au temps partiel thérapeutique au retour et maintien dans l'emploi. Le décret du 18 mai 2021 institue quant à lui la période de préparation au reclassement (PPR). Enfin, le décret du 22 avril 2022 simplifie la procédure de reclassement en autorisant l'employeur à engager une procédure de reclassement sans demande de l'agent, et assouplit le recours à la PPR.

C'est ainsi que progressivement, le principe de « prendre soin de ceux qui nous soignent » a intégré les plans de santé dès 1996. La notion de qualité de vie au travail est inscrite dans les réformes récentes, notamment « Ma Santé 2022 ». Si toutefois, les législateurs ont encadré au fil des décennies les textes relatifs aux conditions de travail dont le retour et le maintien dans l'emploi, sa mise en application reste l'affaire des établissements en interne, sans que des directives précises ne soient publiées. Ainsi en 2011, l'IGAS déplorait l'absence de politique nationale de reclassement au sein des hôpitaux, aucun dispositif de recensement systématique n'existant. Elle remettait en cause, faute de moyens organisationnels le permettant, un droit à la reconversion professionnelle.

Dans les retours des différentes DRH hospitalières interrogées, il est notable de constater que selon l'avancement des directions sur le sujet et la taille de l'établissement, les mesures mises en place en matière de retour et maintien dans l'emploi sont plus ou moins développées. Par manque de moyens ou de procédure formalisée, le traitement des agents au sein des établissements n'est pas uniformisé sur l'ensemble du territoire français. Faute de stratégie précise développée au national, l'accompagnement au maintien ou retour à l'emploi est l'affaire des acteurs institutionnels.

Dans un contexte de dégradation de la santé des professionnels hospitaliers, de déficit d'attractivité et de fidélisation des soignants et de l'augmentation des attentes envers l'encadrement sur les conditions de travail des personnels, la pression exercée sur les résultats de cette politique est forte. Elle invite tant les pouvoirs publics que les directeurs d'hôpital à faire émerger une réflexion commune. Ce mémoire s'interrogera sur **les enjeux de cette politique de retour et de maintien dans l'emploi ainsi que sur les actions et mesures à mettre en place dans l'organisation hospitalière afin d'améliorer l'accompagnement à la reprise de l'agent après une absence pour raison de santé.**

Il conviendra d'une part de présenter les problématiques de santé des personnels hospitaliers mettant en avant les enjeux sous-jacents de cette politique de retour et maintien dans l'emploi. D'autre part, un état des lieux de la mise en place de cette politique au CH d'Abbeville sera une base d'analyse pour identifier les dysfonctionnements qui en ressortent. Enfin, la stratégie de retour et maintien dans l'emploi, axée sur la prévention en santé et l'anticipation de la reprise professionnelle, sera présentée.

Méthodologie :

Afin de cerner le sujet d'une manière à la fois théorique et opérationnelle, la réalisation de ce mémoire s'est appuyée en grande partie sur la situation du Centre hospitalier d'Abbeville, à l'occasion du stage de direction. La mission conférée par la Directrice des Ressources Humaines étant celle de proposer un guide de retour et de maintien dans l'emploi au niveau du CH, de nombreuses observations ont permis de comprendre les rouages de cette politique. A cela s'ajoute la participation à plusieurs comités handicap (en formation plénière ou en comité restreint) avec une préparation menée en lien avec l'attachée d'administration hospitalière de la DRH. Enfin l'observation d'entretiens d'agents présentant des inaptitudes et en demande de reprise de travail ont permis de compléter l'analyse de ce présent mémoire.

Dans l'optique de mieux comprendre les différents types de fonctionnement de DRH hospitalières, mener des interrogatoires d'autres établissements de santé s'est avéré

nécessaire. Afin de rendre ce travail applicable aux différentes tailles d'établissement, le benchmark a porté sur des CH ainsi que des CHU. Ont été interrogés les directeurs des ressources humaines de deux CHU et de deux CH ainsi que certains attachés d'administration d'un CHU et d'un CH. Les avis de divers professionnels participant ou faisant l'objet de la politique de retour et maintien dans l'emploi ont également été pris en compte : le médecin, les infirmières et la psychologue du service de santé au travail du CH d'Abbeville ainsi que des agents sur des postes aménagés ou reclassés. Ont été interrogés deux hôtelières s'occupant de la distribution des repas des patients, de la gestion des stocks alimentaires et des chariots des repas à ramener aux cuisines pour la vaisselle. De même, deux administratifs des étages ont accepté de répondre aux questions. Elles sont en charge de l'accueil des familles, d'effectuer les entrées et les sorties, ou encore de répondre au téléphone du service.

Afin de compléter et d'approfondir les observations de stage, diverses recherches ont permis d'étayer ce devoir ainsi que des documents issus d'autres établissements de santé. Il est à noter que les références faites au Code du travail s'appliquent bien à la fonction publique hospitalière en matière de sécurité et de santé au travail, en vertu de l'article L.411-1 du Code du travail.

Sur la base de ces témoignages, divers aspects propres aux RH, aux coûts financiers, humains, psychologiques et organisationnels de cette politique ont ainsi été abordés. D'autre part, une stratégie de proposition d'organisation de cette politique a pu découler de ces retours de témoignages, du benchmark et de ces observations, ainsi que leurs limites.

Limites de l'étude :

Plusieurs limites à ce devoir sont néanmoins à notifier. D'une part, la majeure partie de ce travail concerne l'agent public, dont le profil est généralement celui de fonctionnaire titulaire d'un grade et sur poste pérenne. Pour autant, les contractuels publics se voient appliquer les mêmes mesures, ce qui n'est pas le cas d'autres statuts, tels que le cas des stagiaires qui ne sera pas abordé. Les retours des interrogatoires ont mené à la conclusion que la grande majorité des personnes concernées par le maintien et retour dans l'emploi sont des titulaires de la fonction publique, ayant généralement exercé plusieurs années dans le secteur public. L'exhaustivité des cas d'étude des situations des agents ne sera donc pas recherchée, dans un souci de simplicité et d'efficacité de ce rendu.

Par ailleurs, ce mémoire n'a pas vocation à répondre à la problématique du manque de personnels dans les services qui peut être identifié comme un facteur de risque professionnel. En effet des Troubles Musculosquelettiques (TMS) ou des Accident du Travail (AT) peuvent découler de la surcharge de travail et provoquer des incapacités aux

agents. Lors des entretiens individuels, certains évoquent le recrutement de ressources humaines supplémentaires pour pallier les risques liés à la manutention de patients, comme le travail en binôme des aides-soignants qui permet un confort de travail.

Enfin, si les inaptitudes peuvent être physiques mais également mentales, ce dernier cas n'a pas fait l'objet de davantage de recherches, faute de situation d'agent en poste reclassés ou aménagés pour des inaptitudes mentales. Les cas présentés en comité handicap sont uniquement, ou à titre principal des situations d'agents présentant des incapacités physiques. Cette limite peut éventuellement s'expliquer par la reconnaissance encore fragile des problématiques de santé mentale, mais plus généralement par la prévalence des problématiques physiques des professionnels hospitaliers.

1. L'augmentation des problématiques de santé des professionnels hospitaliers accentue les enjeux liés à la politique de retour et de maintien dans l'emploi

Avec la montée des maladies chroniques et le vieillissement global de la population, les problématiques de santé augmentent de manière croissante dans notre société, malgré l'amélioration des techniques et de la médecine. Elles s'accroissent également au sein de la population active, étant davantage prégnantes selon les conditions de travail, notamment chez les professionnels de santé. Cette tendance souligne l'importance des enjeux qui sous-tendent la politique de retour et de maintien dans l'emploi, que ce soit pour le patient, le soignant ou l'institution hospitalière. Il en découle une forte responsabilité pesant sur le directeur d'hôpital.

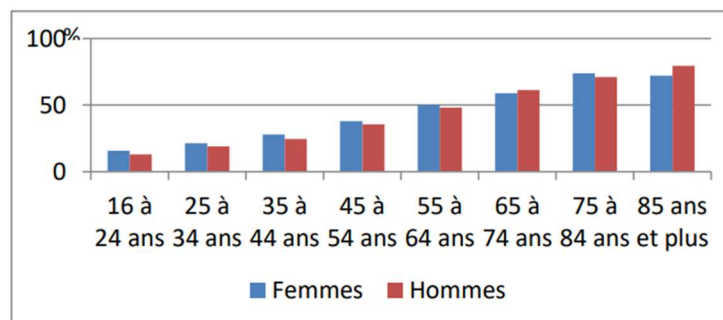
1.1. Des problématiques de santé touchant les professionnels de santé de manière croissante influent sur l'absentéisme au sein de la fonction publique hospitalière :

1.1.1. Une progression des problèmes de santé au sein de la population française et de la population active :

Selon la DREES, en France en 2021, 12 millions de personnes souffraient d'une maladie chronique identifiée comme une ALD (affection de longue durée) avec une augmentation de plus de 3% entre 2008 et 2021 (de 14,6% à 17,8%). Plus généralement en 2021, 37,5% des personnes âgées de plus de 16 ans déclaraient avoir un problème de santé chronique ou durable selon l'Insee.

Ce chiffre croissant des maladies chroniques est notamment dû à l'augmentation de l'espérance de vie (EV) de la population face à une augmentation moins importante de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), correspondant au nombre d'années qu'un individu peut espérer vivre sans incapacités. L'EV s'élève à 85,2 ans pour les femmes en 2022, soit une augmentation de presque un an depuis 2010 (84,6 ans). Pour les hommes elle est de 79,3 ans soit de 1,3 ans de plus en 12 ans. Quant à l'EVSI, elle s'établit en 2022 à 65,3 ans pour les femmes et 63,8 ans pour les hommes, soit des augmentations respectives de 9 mois et de 1 an et 1 mois depuis 2010. Par ailleurs, avec le vieillissement de la population, en 2050, les personnes âgées de 60 ans et plus représenteront un tiers de la population contre un cinquième en 2005. Ainsi, davantage de personnes vivront plus longtemps avec des problématiques de santé.

Graphique 1 : Maladies chroniques déclarées selon l'âge et le sexe



Champ : France métropolitaine.
Source : enquête statistiques et ressources sur les conditions de vie 2016.

Graphique des maladies chroniques selon l'âge et le sexe, CESE, juin 2019

Concernant les personnes actives, 26,9 millions de personnes sont salariées en France en 2022 selon l'Insee. Or, en 2024, l'ANACT évalue à près de 25% de la population touchée par une maladie chronique évolutive, dont 15% concernent la population active soit un travailleur sur six. Ce chiffre devrait atteindre 25% en 2025. De plus, il est prévu une hausse de 4,5 points du taux d'activité d'ici 2070 pour les personnes âgées de 55 à 69 ans par rapport aux projections de 2022 du fait de la réforme des retraites. Ainsi, les maladies chroniques touchant davantage les personnes âgées, les problématiques de santé au sein du milieu professionnel seront de plus en plus nombreuses à l'avenir.

De même, de plus en plus de personnes en situation de handicap (PSH) exercent une activité professionnelle. Parmi les 7 millions de personnes âgées de plus de 15 ans et porteuses d'un handicap, 1,1 million sont en emploi. Par ailleurs, le taux de chômage des PSH est en diminution et le retour à l'emploi des PSH en augmentation de 13% par rapport à 2022.

1.1.2. Des problèmes de santé plus marqués au sein des professions hospitalières s'expliquant par des conditions de travail difficiles :

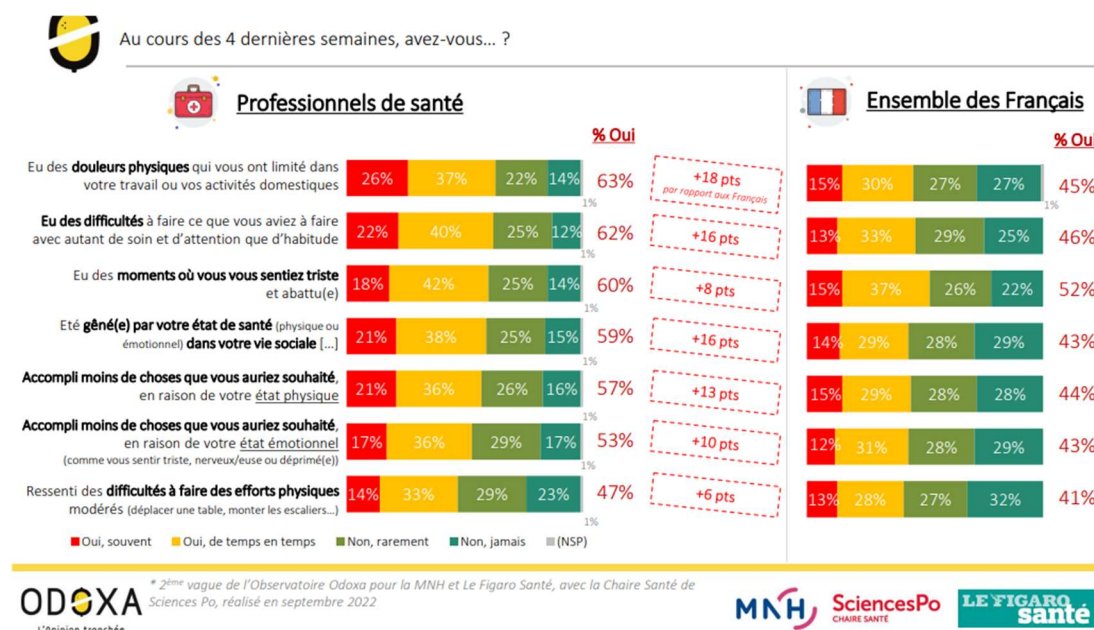
Selon la DGAFP, sur les 5,67 millions d'agents publics, la fonction publique hospitalière (FPH) comptabilise 1,21 million d'agents. Or, l'enquête emploi de l'Insee de 2020 recense que 23% des travailleurs du secteur de la santé humaine ont un problème de santé dont 42% déclarent qu'il est lié au travail ces 12 derniers mois et 10% qu'il a été causé ou aggravé par le travail. Les salariés de la FPH sont doublement plus exposés aux contraintes physiques que les autres fonctions publiques, sur des contraintes telles que la station debout prolongée, la répétition des postures pénibles, les déplacements à pied longs et/ou fréquents, le port de charges lourdes, l'exposition aux secousses ou aux vibrations. Une prévalence des douleurs chroniques est à noter chez les professionnels de santé, puisque 30% de la population en souffre contre 60% des professionnels de santé déclarant en avoir de manière régulière. Elles concernent davantage les femmes et s'accroissent

avec l'avancée de la carrière (41% des 18-25 ans en déclarent, contre 64% des 36-50 ans et 72% des 51-65 ans). De plus, 55% des répondants déclarent avoir connu au moins un épisode d'épuisement professionnel ces deux dernières années. Ils sont par ailleurs plus concernés par les exigences émotionnelles fortes à hauteur de 32% contre 10% pour le reste des professions du privé.

En effet, selon l'Insee, 49% des soignants non libéraux travaillent sur des horaires non conventionnels, soit 4% de plus que la moyenne nationale. Ces horaires entraînent une répercussion sur leur bien-être, que ce soit la fatigue, leur sommeil, leur hygiène de vie ou le stress. L'enquête du comité éthique de la FPH pointe en particulier qu'une majorité des professionnels de santé considèrent que leur travail génère du stress à 89%.

De plus, en 2023 le comité d'éthique de la FHF « prendre soin des professionnels de santé » met en avant que ceux-ci estiment que la crise sanitaire a dégradé leurs relations de travail à 81% et leurs conditions de travail à 72%.

Une enquête réalisée par la Odoxa et la chaire de santé de Sciences Po pour la MNH en octobre 2023 compare plus de 1100 professionnels de santé à un échantillon d'environ 1000 personnes n'exerçant pas dans les professions de la santé. De manière générale les hospitaliers se sont estimés à 20% en mauvaise santé contre 15% pour l'ensemble de Français non hospitaliers. Parmi les professionnels de santé, 63% ont eu des douleurs physiques qui les ont limités dans leur travail ou leurs activités domestiques, soit 18% de plus que les Français. Plus globalement, les soignants sont 12% de plus affectés par des problèmes de santé que les Français.



Résultats de l'enquête, Observatoire MNH vague 3 « Etat de santé des soignants et des personnels hospitaliers », octobre 2023, Odoxa

La même enquête menée en 2022 indiquait une moyenne de temps de travail plus élevée chez les professionnels de santé (40 heures) par semaine que chez les actifs en emploi d'autres secteurs (38 heures). Les résultats démontraient que 72% des soignants jugeaient leur métier fatigant contre 46% des non soignants, avec toutefois de grandes disparités entre les diverses professions hospitalières, notamment entre les AS et les médecins.

Durant l'entretien avec le médecin du SST celui-ci souligne une forte augmentation des AVC parmi les agents hospitaliers : *« il y a de plus en plus d'agents qui font un AVC, pas plus tard que cette semaine il y en a eu un. Et ils sont de plus en plus jeunes. Avec le stress, le manque de personnel dans les services et tout le travail qu'ils ont eu pendant le COVID, ça ne s'est pas arrangé. Ce sont des personnes qui ensuite ont des difficultés lors de leur reprise au travail et qu'il faut accompagner ici au SST ».*

Si 63% des professionnels de santé « adorent leur métier », soit le double comparé aux autres actifs, et envisagent moins qu'eux d'en changer du fait qu'ils ont à 95% le sentiment d'exercer un métier utile et intéressant, seulement 27% estiment que leur travail est reconnu à sa juste valeur contre 46% des Français. Ils sont ainsi seulement à 49% satisfaits de leur travail contre 70% des actifs en emploi. Un mécontentement de la prise en compte des risques professionnels physiques ou psychosociaux (respectivement 73% et 76%) explique cette insatisfaction. Deux-tiers soulignent que le manque de temps pour accomplir leur travail génère une frustration et une mauvaise prise en charge des patients, conduisant à une altération forte de leur sens au travail. Ainsi, 81% des Français et 92% des soignants pensent que les métiers de la santé sont plus difficiles et moins attractifs que les autres métiers.

Souvent décrits comme des « cordonniers mal chaussés », les professionnels de santé sont deux fois plus nombreux que le reste des Français à ne pas avoir de médecin traitant (17% contre 9%), soit presque un soignant sur cinq. De plus, en dehors du système de santé, les deux ans réglementaires pour la visite médicale périodique sont davantage respectés que pour les professionnels de santé (à 41% pour les soignants contre 48% pour les actifs Français). Lors des entretiens, certains établissements, notamment des CHU ont confirmé que certains agents n'ont pas pu consulter le SST depuis 10 ans. Cet accès au SST n'est pas toujours considéré comme facile par les professionnels de santé. En témoigne l'enquête de la FHF dans laquelle, 32% des répondants estiment qu'il est difficile, et 11% ne savent pas, certainement par méconnaissance du SST ou faute de l'avoir sollicité.

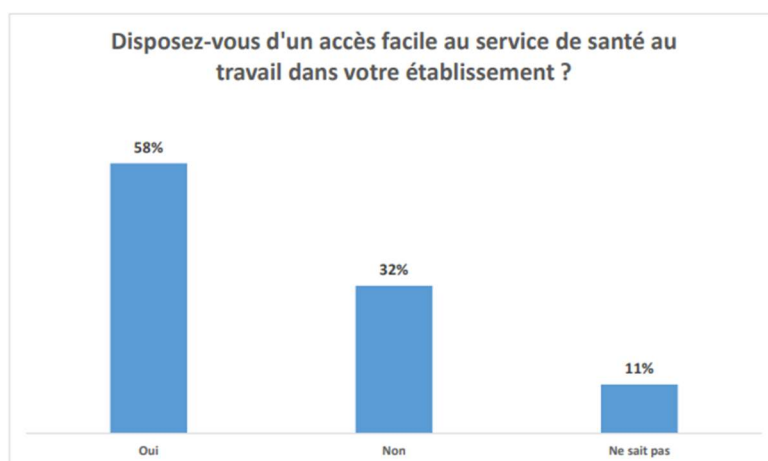


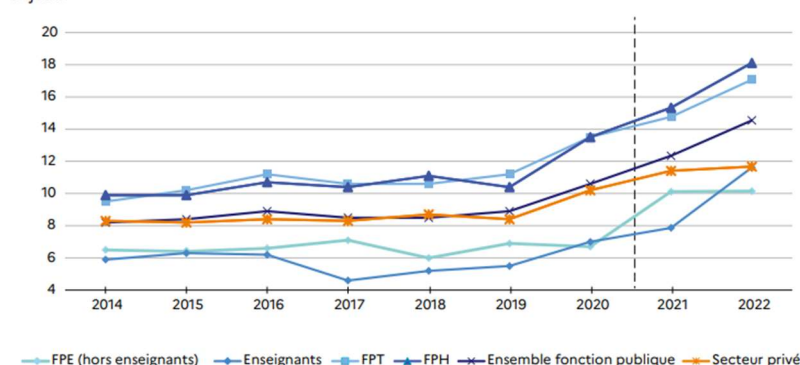
Diagramme en bâtons, FHF, comité éthique de la FHF, 24 janvier 2023

Il résulte de ces conditions de travail plus difficiles chez les hospitaliers, une répercussion sur leur absentéisme.

1.1.3. Un absentéisme plus important dans la fonction publique hospitalière

En 2023, le taux d'absentéisme en France s'élève à 6,11% correspondant à 22,3 jours d'absence par an. Cet absentéisme se révèle plus élevé dans la FPH, la FHF recensant un absentéisme moyen de 9,9% en 2021, soit un hospitalier sur dix et une augmentation de 2,5% depuis 2012. Le rapport sur la santé des soignants indique que sur deux ans, 38% des répondants ont eu au moins un arrêt de travail, en dehors des arrêts pour Covid. Pour preuve, 47% des professionnels de santé ont eu un arrêt de travail en 2022 contre 40% pour les autres professions. Ainsi, dans la FPH, les agents ont pris en moyenne 18,1 jours d'arrêt maladie sur un an contre 11,7 jours dans le privé et 14,5 jours dans la fonction publique en général.

Figure 16 : Nombre moyen de jours d'absence pour raison de santé au cours de l'année, par personne, dans les différents versants de la fonction publique et dans le secteur privé en jours



Source : Enquêtes Emploi, Insee. Traitement DGAFP-SDess.

Courbes comparatives du nombre de jours d'absence pour raison de santé dans les différents secteurs du travail, DGAFP, 2023

Par ailleurs, l'absentéisme de longue durée représente 61% de l'absentéisme du secteur de la santé. Le motif de l'arrêt lié à un stress professionnel ou personnel est deux fois plus important chez les soignants que dans le secteur privé (12% contre 6%).

Cet absentéisme dans la FPH est ainsi le plus marqué de tous les secteurs, principalement expliqué par des conditions de travail difficiles.

Au CH d'Abbeville, pour un effectif de 1484 ETPR en 2022, le taux d'absentéisme¹ s'élève à 9,49% toute catégorie professionnelle confondue, dont 6,76% pour le personnel non médical (PNM). Il demeure ainsi légèrement en dessous de la moyenne nationale de l'absentéisme (de 9,9%) sans toutefois s'en éloigner fortement.

	Effectif			Taux évolutifs		
	2020	2021	2022	N-1 / N-2	N / N-1	N / N-2
Soignants	1024,15	1064,15	1095,98	+ 3,91%	+ 2,99%	+ 7,01%
Administratifs	157,93	168,38	169,14	+ 6,62%	+ 0,45%	+ 7,10%
Médico-Techniques	56,47	57,71	59,32	+ 2,20%	+ 2,79%	+ 5,05%
Techniques et ouvriers	123,43	124,4	130,21	+ 0,79%	+ 4,67%	+ 5,49%
Educatifs et sociaux	21,51	26,31	29,66	+ 22,32%	+ 12,73%	+ 37,89%
TOTAL	1383,49	1440,95	1484,31	+ 4,15%	+ 3,01%	+ 7,29%

Effectifs PNM du CH d'Abbeville issus du bilan social 2022

		CATEGORIE A						CATEGORIE B						CATEGORIE C						TOTAL					
		2020		2021		2022		2020		2021		2022		2020		2021		2022		2020		2021		2022	
		< à 6 jours	> à 6 jours	< à 6 jours	> à 6 jours	< à 6 jours	> à 6 jours	< à 6 jours	> à 6 jours	< à 6 jours	> à 6 jours	< à 6 jours	> à 6 jours	< à 6 jours	> à 6 jours	< à 6 jours	> à 6 jours	< à 6 jours	> à 6 jours	< à 6 jours	> à 6 jours	< à 6 jours	> à 6 jours	< à 6 jours	> à 6 jours
Médical	Total	0,16	1,47	0,07	2,52	0,09	2,64													0,16	1,47	0,07	2,52	0,09	2,64
	Homme	0,15	0,83	0,07	1,25	0,11	0,61													0,15	0,83	0,07	1,25	0,11	0,61
	Femme	0,16	2,21	0,07	3,86	0,07	4,84													0,16	2,21	0,07	3,86	0,07	4,84
Non médical	Total	0,18	5,77	0,12	4,42	0,20	5,70	0,17	5,18	0,37	8,26	0,29	8,05	0,25	8,13	0,19	7,62	0,37	5,50	0,22	6,92	0,18	6,48	0,28	6,48
	Homme																			0,11	4,01	0,14	3,21	0,20	3,16
	Femme																			0,24	7,56	0,19	7,20	0,30	7,20
Personnes soignantes	Total																			0,23	7,75	0,19	7,21	0,28	7,18
I.D.E	Total																			0,18	6,52	0,11	4,95	0,19	5,78
Aides soignants	Total																			0,26	9,02	0,21	9,11	0,29	9,30

Taux d'absentéisme par catégorie professionnelle au CH d'Abbeville issu du bilan social de 2022

Au total sur le personnel, PNM comme PM (personnel médical), entre 2021 et 2022, on observe une augmentation de +3,14% du taux d'absentéisme. Par ailleurs, les professionnels les plus touchés par des conditions de travail difficiles font l'objet d'un taux d'absentéisme plus élevé (les AS étant à 9,30% contre 2,64% pour le PM).

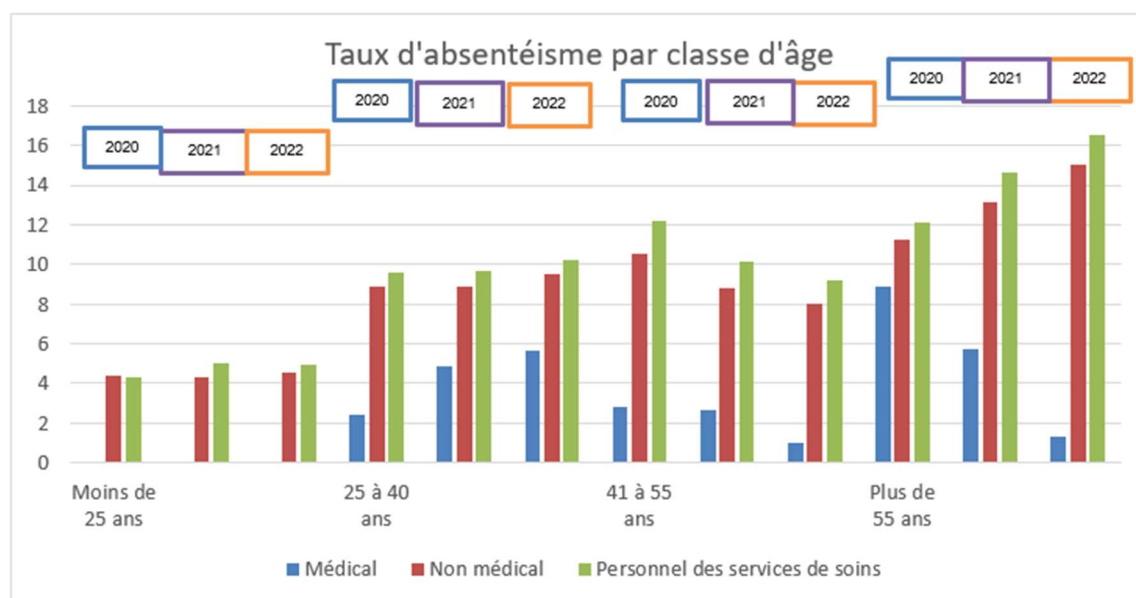
¹ Ce taux se mesure par le nombre de jour total de l'absence sur l'année / (ETP Moyen x 365)] x 100

Les durées moyennes d'absence pour maladie sont globalement stables entre 2020 et 2022 à l'exception des absences pour maladie professionnelle.

Colonne1	Maladie ordinaire	CLM/CLD	Maladie professionnelle	Accident de service	Accident de trajet
Total (PM et PNM) en 2022	28,67	267,52	232,29	80,06	44,33
Taux évolutifs entre 2021 et 2022	-8,27	0,71	21,69	-18,27	10,82
Nombre moyen de jours d'absence rapporté à l'effectif total en 2022	12,89	7,78	1,89	3,26	0,08

Durée moyenne des absences pour maladie entre 2021 et 2022 du CH d'Abbeville (en nombre de jours)

On repère par ailleurs, un taux d'absentéisme qui augmente avec l'âge chez le PNM :



Taux d'absentéisme selon l'âge sur 2020, 2021 et 2022 au CH d'Abbeville

Ainsi, l'absentéisme risque de s'accroître sur les années à venir avec les problématiques croissantes de santé, ce qui n'est pas sans incidence sur les patients, les agents, et l'établissement.

1.2. Le retour et le maintien dans l'emploi recoupe divers enjeux

L'ensemble des enjeux qu'embrasse cette politique concerne, au-delà de la QVT des professionnels, plus globalement la performance de notre organisation de santé.

1.2.1. Un enjeu d'amélioration de la santé et des conditions de travail des agents dépendant de la relation entre l'agent et l'établissement de santé

Le succès d'une politique de retour et maintien dans l'emploi bénéficie en premier lieu, et directement aux intéressés. Ses effets ont vocation à préserver la santé des personnels en leur attribuant un métier respectueux de leurs inaptitudes et à limiter les répercussions de leur maladie sur leur parcours professionnel. Elle cherche, en fonction des postes disponibles, à faire correspondre un emploi aux compétences de l'agent, le plus proche possible de son poste d'origine. C'est également la possibilité de retrouver une situation financière plus stable après un épuisement des traitements perçus en congé maladie, en sortie d'arrêt maladie ou à l'approche de leur retraite.

Par ailleurs, l'obligation de recherche de reclassement par l'établissement fait partie des obligations imposées aux établissements publics, contrastant avec la situation du secteur privé. C'est un avantage dont les agents interrogés ont généralement conscience : *« Après, c'est déjà bien de pouvoir avoir un travail ici, je sais que dans le privé, ça n'aurait pas été pareil, j'aurais été licenciée »* ; *« Ça fait 36 ans que je suis là, au moins il y a des boîtes où on n'a pas de poste pour toi »*. Mais au-delà des aspects réglementaires, un accompagnement de l'agent dans cette procédure parfois fastidieuse est un levier de reconnaissance de l'agent envers l'établissement. Une bonne reconnaissance de la part de l'établissement ou plus globalement du regard que la société porte sur les professionnels de santé est d'importance majeure auprès des professionnels de santé. Une hôtelière ayant mal vécu sa période de reclassement a ainsi refusé d'être déclarée RQTH : *« Je ne veux pas car on ne m'a pas fait de cadeau. On me l'a proposée trop tard, il aurait fallu que ce soit il y a 10 ans »*. Malgré des professions vocationnelles, ces métiers étant difficiles tant physiquement qu'émotionnellement, prendre soin des agents hospitaliers est un enjeu important des RH, le besoin de reconnaissance constituant une de leurs attentes les plus fortes. En effet, la FHF recense que les professionnels sont à 80% fiers de leur métier dont ils reconnaissent à 91% un sentiment d'utilité. Pourtant, 50% de ceux-ci ne conseilleraient pas leur métier, notamment sans un bon soutien hiérarchique ou sans encadrement de qualité.

Focus par condition et par métier

Je conseille mon métier, si j'ai...

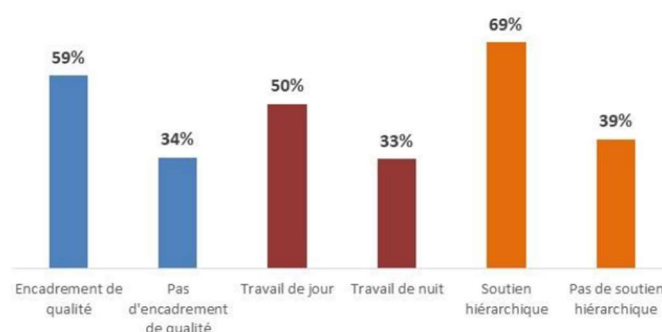
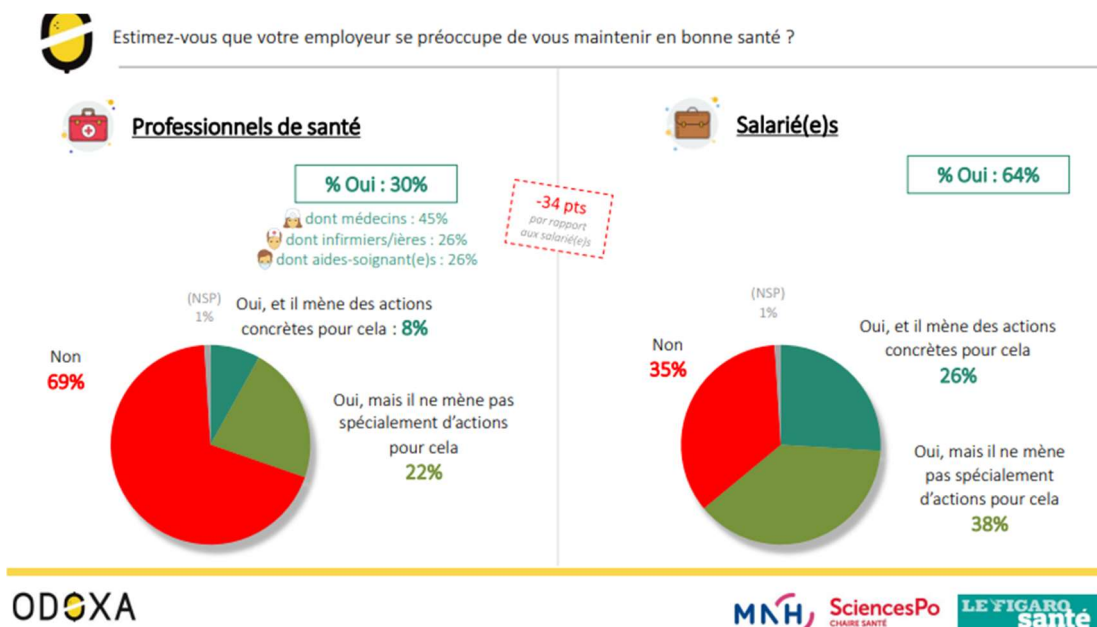


Diagramme en bâtons des conditions qui entraînent les professionnels de santé à conseiller leur métier, Enquête « prendre soin des professionnels de santé », Comité éthique de la FHF, 24 janvier 2023

Le rapport sur la santé des professionnels de santé pointe que leurs attentes portent sur une meilleure organisation du travail, une gestion du temps personnel mais également une reconnaissance de leur profession, notamment sur l'aspect du management du parcours professionnel et de la valorisation sociétale, et non uniquement sur leur rémunération.

L'enquête menée par Odoxa pour la MNH fait part d'une différence de 34% entre le secteur hospitalier et les autres secteurs professionnels dans l'estimation de la préoccupation des employeurs de leur santé.



Résultats de l'enquête, Observatoire MNH vague 2 « Etat de santé des soignants et des personnels hospitaliers », septembre 2022, Odoxa

Ce chiffre de 69% de réponses négatives chez les soignants indique l'importance de de l'amélioration de la prise en charge de leur santé par les directions hospitalières et les SST,

mais également de la communication de leurs droits en matière de prises en charge de leur santé au sein de leur établissement. Faute d'une bonne information ou d'un tabou sur la question, les soignants n'ont pas tendance à solliciter le SST pour leurs soucis de santé.

Dans l'enquête menée par la FHF « prendre soin des professionnels de santé », parmi les cinq critères de QVT évoqués par les soignants figurent en premier lieu le « respect et considération par les supérieurs » à 58% ainsi que le « temps d'échange pour problématiser les conditions de travail » à 35%.

Bâtir une politique de retour et de maintien dans l'emploi réussie, suppose de répondre à cette reconnaissance des métiers hospitaliers et aux besoins de considération de ces professionnels.

1.2.2. Un enjeu de qualité de prise en charge des patients

« Car comme vous, je suis convaincue qu'un professionnel qui va bien est un professionnel qui soigne bien ». Telle est l'affirmation de l'ancienne Ministre Agnès Firmin Le Bodo concernant la santé des soignants. Plusieurs études démontrent que les problématiques de santé des professionnels hospitaliers peuvent rejaillir sur la prise en charge des patients. Le rapport sur la santé des professionnels de santé établit que 79% déclarent avoir rencontré des problèmes de concentration au cours des quinze derniers jours, faute d'un bon sommeil ou du stress, ce qui n'est pas sans impact sur la prise en charge des patients. D'autres études ont mis en avant le lien qui existait entre l'effectif de personnel ou la charge de travail et la sécurité et qualité des soins. Par exemple, la mortalité des patients chirurgicaux dépend du nombre de patients par infirmier (AIKEN LH, CLARKE SP, SLOANE DM, SOCHALSKI J., SILBER JH., 2002). Plus ce quota est respecté, plus la mortalité liée à l'hospitalisation est faible, ainsi que l'incidence cardiaque et d'autres événements indésirables en plus d'une meilleure récupération (KANE RL, SHAMLIYAN T, MUELLER C, DUVAL S, WILT TJ, 2007). Si par ailleurs, la charge de travail est élevée en comparaison du taux d'occupation des lits, celle-ci influe négativement sur les infections nosocomiales (KAIER K., MUTTERS NT, FRANK U., 2012).

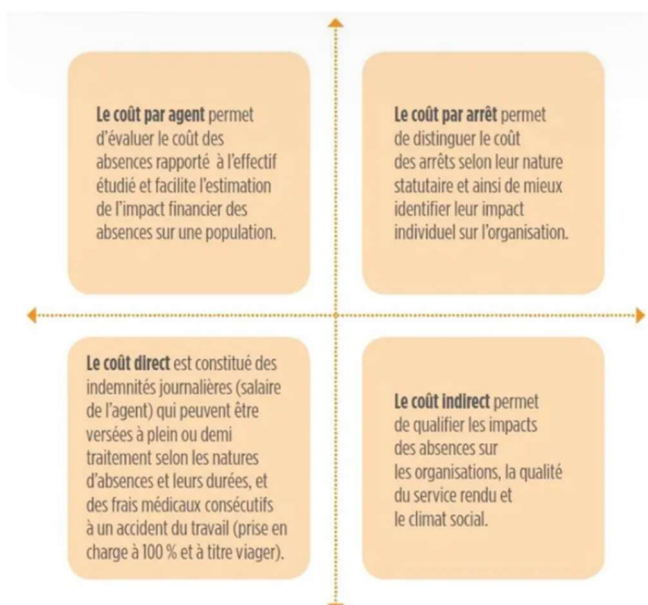
Or, cette charge de travail s'accroît avec l'absentéisme, malgré les politiques publiques (notamment le décret du 26 avril 2022) ayant imposé un nombre minimum de personnels dans certains services et ayant instauré des réserves de professionnels.

1.2.3. Un enjeu financier du fait de répercussions directes et indirectes de l'absentéisme

L'absentéisme, s'il n'est pas neutre pour l'agent en arrêt ni son service, ne l'est pas pour l'institution non plus. D'une part, il demande une adaptation des organisations de travail pour couvrir le travail de l'agent absent, par son remplacement. Ainsi, un établissement avec de forts taux d'absentéisme est fragilisé dans son organisation des soins, notamment lors de pics épidémiques ou de clusters. La charge supplémentaire de travail repose alors sur l'équipe et les personnels présents, d'autant plus si peu de remplacements ont pu être effectués.

D'autre part, son impact budgétaire est coûteux pour l'hôpital. En effet, il revient à l'établissement public de santé de prendre en charge la rémunération des agents en absence, selon le type de congés et la durée de l'absence². Ainsi, la Cour des comptes constate une forte hausse des arrêts pour maladie de 21% entre 2014 et 2019, équivalent sur une année à un total de 11 à 12 milliards d'euros de rémunérations brutes versées par les différentes fonctions publiques (étatique, territoriale et hospitalière confondues) pour les absences maladies.

Or, les impacts économiques des absences ne se résument pas uniquement aux coûts des salaires des agents absents et de leurs possibles frais médicaux. Le coût organisationnel n'est pas nul du fait d'un report de la charge de travail et d'une criticité de l'emploi pesant sur le service dont la continuité doit être assurée. Diverses mesures de coût des absences sont ainsi à prendre en considération, des coûts directs et indirects, par agent et par arrêt :



NATURE D'ABSENCE	COÛT MOYEN D'UN ARRÊT	COÛT MOYEN MAXIMUM D'UN ARRÊT
MALADIE ORDINAIRE	1 721 €	18 922 €
MATERNITÉ	9 701 €	-*
LONGUE MALADIE/LONGUE DURÉE	51 862 €	-
LONGUE MALADIE	33 456 €	59 585 €
LONGUE DURÉE	82 357 €	113 753 €
ACCIDENT DU TRAVAIL	5 311 €	-**
ACCIDENT DE SERVICE	3 694 €	-**
ACCIDENT DE TRAJET	4 178 €	-**
MALADIE PROFESSIONNELLE	21 445 €	-**

Coût moyen des absences au travail pour raison de santé, Relyens, 2021

Les différentes mesures de coût des absences, Relyens, 2021

² CF infra les différents types de congés maladie

D'après l'étude menée par Relyens, le coût d'une absence au travail pour raison de santé s'élèverait en moyenne de 3 400 € par agent employé. Le coût moyen des absences au travail pour raison de santé est calculé sur la base d'un salaire moyen annuel. En calculant grossièrement, en fonction du nombre total d'agents au CH d'Abbeville, le coût s'élèverait à plus de 5,8 millions d'euros. Il correspondrait ainsi à 5,7% des dépenses totales dédiées à la masse salariale en 2022, loin d'être négligeable dans un budget hospitalier.

Ainsi, pour l'établissement, disposer de deux agents pour un poste, l'un étant en arrêt de travail et l'autre sur sa vacance de poste, induit une perte financière considérable. Proposer un poste aux personnes en recherche de reclassement permet ainsi d'éviter la situation d'un double paiement de salaire. Le temps d'attente pour un poste vacant adapté à ses inaptitudes doit donc être le plus court possible lorsque l'agent est ou redevient apte à exercer un métier.

1.2.4. Un enjeu d'accompagnement des personnels dans le deuil de leur profession face à la charge psychologique qu'il représente

Divers mécanismes psychologiques peuvent subvenir dans le deuil de la profession :

La reconversion se caractérise par un bouleversement majeur de la vie professionnelle, notamment quand elle est subie par le travailleur. Les vocations des métiers hospitaliers sont très marquées et l'attachement à la valeur du travail particulièrement prononcé dans le secteur de la santé. Le baromètre des états hospitaliers recensait un engagement avec une forte motivation notée à 7,7/10 dans ces professions. Il ressortait par ailleurs des entretiens avec les agents, une attache particulièrement importante à leur métier, presque affective en raison d'un lien fort avec les patients ou avec le collectif de travail. La plupart d'entre eux connaissaient très bien la date de leur premier jour de travail au sein de l'établissement.

Le célèbre neuropsychiatre Boris Cyrulnik a mis en avant que, selon la capacité de résilience des individus, l'inaptitude au poste de travail est vécue différemment. Cette dernière varie également selon l'écart entre l'ancien et le nouveau statut de l'agent ainsi que ses projets de reconversion professionnelle (NEGRONI C., MAZADE O. 2024). L'une des personnes reclassées sur un poste d'administratif des étages a ainsi confirmé : « *L'administratif je n'aime pas trop, dans un service que je ne connaissais pas. Mais j'y suis arrivée, faut être tenace. C'était pas un deuil complet, je gardais une certaine proximité avec les patients. C'est ce qui m'a sauvée un peu. Dans un bureau, seule, ça aurait été difficile* ». De plus, il est démontré que la résilience varie d'une personne à l'autre, selon la génétique cérébrale de chacun. Lorsqu'un événement traumatique survient, comme la découverte d'un handicap, la phase plastique du cerveau est impactée. Celle-ci contrôle

notamment l'affect et le ressenti de l'évènement. Par ailleurs, lorsqu'au préalable, l'individu a vécu des événements traumatisants, l'hypersensibilité au stress est aggravée et la résilience plus difficile (CYRULNIK, BUSTANI, JORLAND, 2012). Le vécu individuel comme les facteurs génétiques sont donc des éléments déterminants dans la réaction et l'adaptation psychologique du professionnel en reconversion. Un accompagnement particulier de chacun selon ces facteurs se révèle alors nécessaire dans le processus du deuil professionnel vers le reclassement ou l'adaptation de poste.

La phase post-traumatique s'illustre par la mise en place fréquente de mécanismes de défense afin d'atténuer les souffrances. Elle se manifeste par des comportements inadaptés à la situation tels que le refoulement, l'inhibition, l'isolation ou encore le déni. Ce dernier cas est particulièrement perceptible dans le cadre d'inaptitudes constatées au travail. Ce déni s'explique par une juxtaposition d'une part du « Moi » tenant compte de la réalité et d'une part irréaliste de désir d'être la personne avant ses incapacités ou restrictions physiques ou mentales. Pour en sortir, il convient de mener le sujet à l'acceptation de cette perte, par une mentalisation de ce traumatisme consistant à mettre des mots sur les affects, sur la souffrance de l'agent. Il s'agit d'un véritable travail « d'élaboration mentale » pour mener vers la résilience qui est à effectuer avec l'aide d'un tiers, qui peut être un psychologue du travail, un proche ou un thérapeute extérieur à l'établissement si le trauma est important. Comme le précise la psychologue du SST, l'intervention d'une tierce personne à l'établissement peut se révéler particulièrement nécessaire lorsque la diminution des capacités physiques ou mentales de l'agent est causée par son métier, que ce soit un accident du travail ou une maladie professionnelle. Un terrain neutre d'expression est alors à privilégier afin que l'individu puisse se livrer pleinement.

Cette phase est essentielle dans la reconstruction de l'identité professionnelle du fait de la nécessité de reconstruire une estime de soi, de retrouver des identifications solides de l'individu. Les témoignages recueillis lors des entretiens avec les agents en postes reclassés corroborent cette nécessité. De nombreux verbatims relatifs au sentiment d'inutilité, de perte d'identité ont été mis en avant par les intéressés.

L'accompagnement psychologique du passage vers l'emploi par la révélation de « l'insight »

L'insight (GUIRIMAND N, DAL M., 2019) consiste en un travail de compréhension de soi-même afin de transiter d'un registre émotionnel négatif vers un autre plus positif. L'objectif est de permettre à l'individu d'évoquer la vision qu'il a de ses capacités, de sa gestion du quotidien et de ses ressentis depuis l'apparition de ses inaptitudes. Cette première étape permet de le conduire vers une seconde qu'est la valorisation de ses

capacités. En entretien, les agents évoquent régulièrement que le ressenti est celui d'être diminué, plus capable, cassé. Certains ont même évoqué le fait d'appréhender d'être « un fléau » pour les autres, notamment avec leurs futurs collègues du service. Il y a donc un double travail à réaliser sur la vision du soi et sur l'appréhension du regard des autres vis-à-vis de son handicap ou de son incapacité. La problématique en cas de discrimination est que *« la personne adopte l'attitude des autres vis-à-vis d'elle et risque d'engager une autodépréciation »*, selon Catherine Tourette-Turgis, titulaire de la chaire compétences et vulnérabilités et fondatrice de l'université des patients. La discrimination au travail envers les personnes atteintes de maladie chronique est élevée, le baromètre du Défenseur des droits en 2023 enregistrant que 43% des salariés malades y étaient confrontés.

Dans un second temps, l'étape du bilan de compétences est majeure. Elle permet à l'agent de prendre conscience de ses capacités restantes et des métiers qui peuvent y correspondre, qu'ils soient hospitaliers ou non. Cette étape est cruciale dans la reconstruction de l'image de soi, mais l'individu reste fragile à ce stade. En effet, il se situe dans une phase « d'entre deux » (SIBONY. D, 1991) dans ce processus d'insertion professionnelle, où il vit un abandon de divers éléments de son passé et tente de construire une nouvelle situation dans le présent et le futur. Cela permet notamment de faire fi du déni dans lequel beaucoup se situent et qui les empêche de redéfinir une projection professionnelle réaliste et adaptée à leurs restrictions physiques ou mentales.

La posture de la personne réalisant le bilan de compétences est alors déterminante. Celle-ci doit être éthique, basée sur l'écoute et la bienveillance. Ce bilan a d'ailleurs comme double objectif de retourner dans une dynamique d'employabilité mais également de permettre aux agents de reprendre confiance en eux. Ces deux objectifs vont de paires, puisque la reprise de poste ne peut se faire sans un investissement de l'intéressé. L'ensemble des directeurs et attachés rencontrés ont confirmé que les personnes les plus motivées, à un stade avancé dans le deuil de leur ancien métier étaient celles qui se projetaient plus facilement et rapidement dans une nouvelle profession. Lorsque l'agent est acteur de sa transition professionnelle, celle-ci est facilitée, plus rapide et mieux vécue. Dès lors, la posture des accompagnants institutionnels est déterminante pour que les agents se saisissent pleinement de leur projet professionnel.

1.3. Le directeur d'hôpital détient une responsabilité centrale dans l'effectivité de la politique de retour et de maintien dans l'emploi

La pleine responsabilité du directeur d'hôpital dans la politique de retour et de maintien dans l'emploi est avérée par la législation. L'employeur dans le Code du travail ainsi que le directeur d'hôpital dans la fonction publique hospitalière est responsable de la santé et de la sécurité au travail des agents. Il doit à ce titre, selon le décret du 28 mai 1982 *« veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous leur autorité »*. Cela se matérialise par des actions de prévention des risques professionnels, des actions d'information et de formation, et la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'article L. 4121-1 du Code du travail dispose qu'il doit adapter ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. Une réelle obligation de résultats est imposée en matière de sécurité et d'hygiène au travail.

Plus généralement, le directeur est tant le représentant légal de l'établissement depuis la loi Boulin de 1970, que l'autorité hiérarchique de l'établissement public de santé tel que le précise l'article L. 714-12 du code de santé publique. Il est à ce titre responsable de l'organisation hospitalière et *« assure la gestion et la conduite générale de l'établissement »* en exerçant son autorité sur le personnel. Il engage ainsi sa responsabilité, administrative comme pénale, s'il ne met pas en place les moyens à sa disposition pour le bon fonctionnement de l'hôpital.

Il est important de rappeler, que le directeur, au-delà de cette obligation de sécurité et de bon fonctionnement organisationnel, a un pouvoir important dans l'accompagnement vers le reclassement. Si la déclaration d'inaptitude définitive des fonctions ne peut se faire sans un certificat médical et un avis du conseil médical, la décision finale sur l'étude de poste revient au directeur, en tant qu'employeur, qui doit motiver son refus le cas échéant (Art. L. 4624-6 *« L'employeur est tenu de prendre en considération l'avis et les indications ou les propositions émis par le médecin du travail en application des articles L. 4624-2 à L. 4624-4. En cas de refus, l'employeur fait connaître par écrit au travailleur et au médecin du travail les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite »*).

Au-delà des obligations réglementaires, les attentes des équipes et des agents sur les conditions de travail sont de plus en plus importantes. Les représentants du personnel sont également fortement mobilisés sur le sujet. Si le chef d'établissement peut déléguer ce rôle aux ressources humaines et au SST, il n'en reste pas moins le garant.

Afin de respecter ces prescriptions, la direction intègre dans sa stratégie d'établissement cette politique de retour et de maintien dans l'emploi. Le projet d'établissement, et plus précisément le projet social du CH d'Abbeville, comprend un axe 3 *« Consolider la politique*

de prévention et de gestion des risques professionnels pour le bien-être au travail » qui confirme que la politique de maintien dans l'emploi « *doit être un vecteur essentiel du projet social* ». Plusieurs actions sont attachées à cet objectif : l'élaboration d'un guide de maintien dans l'emploi, l'amélioration de l'accueil réservé au retour à l'emploi après une longue période d'absence du professionnel, la prévention de l'usure professionnelle, la formation à la manutention, la systématisation de l'approche ergonomique dans les projets de restructuration et d'investissement, ou encore l'amélioration des possibilités d'accès aux consultations psychologiques. De plus, le DUERP, document unique d'évaluation des risques professionnels est un outil obligatoire et essentiel rédigé par la DRH pour identifier les risques, évaluer leur gravité et leur probabilité de réalisation afin de mettre en place des actions préventives dans un plan d'action. Il s'impose pleinement au chef d'établissement. Certains financements d'équipements pour des travaux et aménagements en lien avec la prévention des risques sont ainsi être prévus dans le CLACT et le PAPRI Pact de l'établissement.

Par ailleurs, la santé au travail est un enjeu managérial fort, la perception du manager comme garant de la santé au travail étant prégnant dans les organisations hospitalières. Le leadership, « processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun » (NORTHHOUSE, 2018) est déterminant dans la qualité et la sécurité des soins. La gouvernance doit être en mesure de conduire le collectif de santé qu'est l'hôpital vers un objectif de développement de sécurité et d'amélioration de la qualité des prises en charge. La HAS met en avant que cela suppose une vision claire, une autorité tirée de la légitimité professionnelle, un savoir-être et une communication adaptée, une capacité à motiver, à inspirer, et une exemplarité. Ce sont autant de qualités que le directeur d'hôpital doit intégrer dans la conduite de sa politique de retour et de maintien dans l'emploi.

2 Mettre en œuvre une politique de retour et de maintien dans l'emploi : un défi d'accompagnement des diverses situations des agents et d'une organisation institutionnelle complexe

Face aux situations aussi diverses que le nombre d'agents en retour ou maintien dans l'emploi, les acteurs institutionnels doivent assurer une bonne coordination autour de cette politique. L'analyse de la mise en place de cette politique au CH d'Abbeville est intéressante en ce sens mais révèle aussi des dysfonctionnements.

2.1. Les situations des agents en arrêt maladie :

Le retour à l'emploi d'un agent se fait après une absence plus ou moins longue selon le type de congé dans lequel il se situe. L'agent peut simplement demander une reprise après un arrêt de travail relativement court et sur certificat médical transmis dans les 48 heures à l'employeur. Toutefois, il peut également être en « congé pour raison de santé » qui survient également lorsqu'une interruption de travail est justifiée par un certificat médical. On en distingue plusieurs types : le congé de maladie ordinaire (CMO), le congé de longue maladie (CLM), le congé de longue durée (CLD) et le congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS).

La situation financière de l'agent variera selon le type de congé et le temps écoulé. L'information à son égard de ces différences de rémunérations est alors primordiale. Elles peuvent en effet être incitatives pour les agents à la reprise d'un exercice professionnel, à conditions que l'expertise médicale le leur permette. De plus, le jour de carence, correspondant au premier jour de l'envoi d'un arrêt de travail s'applique aux congés maladie et est intégré dans le décompte des jours déterminant le droit à rémunération.

- Le CMO³ suppose la délivrance d'un arrêt de travail. Il est d'une durée de 6 mois renouvelable et ne peut se prolonger au-delà d'un an. Passé ce délai, c'est un passage en CLM ou CLD qui peut être accordé, sur avis du conseil médical. Le renouvellement au bout de 6 mois est conditionné à une contre-visite de médecin agréé. L'établissement rémunère l'agent à plein traitement durant les 90 premiers jours à partir de l'ouverture du droit, c'est-à-dire à la « transmission par le fonctionnaire à son administration, de l'avis d'arrêt de travail justifiant du bien-fondé du congé maladie » en vertu de l'article L. 822-1 du CGFP. Les 150 jours suivants sont rémunérés à demi-traitement par l'établissement et le complément est assuré par le CGOS pour qu'aucune perte d'argent ne soit perceptible par l'agent. Passé

³ Annexe 1 : logigramme des étapes du CMO

ce délai, c'est-à-dire après 240 jours de CMO, soit huit mois, le complément CGOS prend fin et la rémunération n'est plus qu'à demi-traitement pour l'agent.

- Le CLM⁴ est d'une durée de 3 ans maximum par période de 3 à 6 mois renouvelables. Il suppose la réunion de trois critères : l'impossibilité d'exercer ses fonctions, un traitement de soins prolongés et un caractère invalidant et grave de la maladie. Le médecin traitant doit fournir un certificat médical à l'AIPN et au secrétaire du conseil médical qui organisera une contre-visite par un médecin agréé. L'AIPN peut se substituer à l'agent s'il n'en n'est pas à l'initiative et solliciter le conseil médical restreint. L'intervention d'un médecin agréé ainsi que du CMFR est toujours nécessaire. Durant la première année du CLM, la rémunération statutaire est à plein traitement. Les 150 jours de la deuxième année sont à demi-traitement avec le complément CGOS pour la moitié restante. Après le 150^{ème} jour, le complément CGOS ne s'applique plus et l'agent ne touche que la moitié de sa rémunération. La troisième année, le même traitement que la deuxième année s'applique.
- Le CLD⁵ : pour en bénéficier, l'agent doit présenter certaines pathologies précisées par le CGFP : la tuberculose, une maladie mentale, une affection cancéreuse, la poliomyélite, un déficit immunitaire grave et acquis. Si ce congé peut être ouvert plusieurs fois de manière discontinue dans la carrière de l'agent, pour une même pathologie, il a une durée maximale de 5 ans. L'agent est placé en CLM pendant un an avant l'ouverture au CLD. Sa rémunération est à plein traitement pendant trois années et la quatrième et cinquième année sont rémunérées à demi-traitement les 150 premiers jours avec un complément CGOS et le reste de l'année sans complément. Lorsque le CLD est imputable au service, la durée du congé est portée à 8 ans et la rémunération à plein traitement s'élève à 5 ans. La sixième et la septième années sont rémunérées à demi-traitement les 150 premiers jours de l'année avec un complément CGOS et la huitième année à demi-traitement sans complément CGOS.
- Le CITIS⁶ : en cas d'accident sur son lieu de travail, sur le trajet entre le service et le domicile ou pour maladie professionnelle, l'agent peut le déclarer et bénéficier d'un CITIS à condition de délivrer un certificat médical ainsi qu'une déclaration administrative et que l'enquête réalisée valide les circonstances. L'agent conserve alors « *l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son*

⁴ Annexe 2 : les étapes du CLM

⁵ Annexe 3 : les étapes du CLD

⁶ Annexe 4 : les étapes du CITIS

service ou jusqu'à la mise en retraite » comme le précise l'article L. 822-22 du CGFP.

Dans certains cas, lorsque les droits à congés de l'agent viennent à s'épuiser, une disponibilité d'office pour raison de santé (DORS) peut être envisagée, lui donnant droit, non pas à une rémunération, mais à des indemnités journalières. Elle est souvent mise en place dans l'attente d'un reclassement. Si aucun reclassement n'est possible ou s'il est inapte définitivement, la DORS prend fin après trois années au maximum.

Par ailleurs, une allocation d'invalidité temporaire peut être versée en cas d'incapacité temporaire sous certaines conditions, lorsque les droits à congés et le versement d'indemnités journalières sont épuisés.

Ces congés permettent à l'agent une ouverture de droits mais supposent des consultations préalables :

- De médecins agréés sur liste départementale, auxquels l'établissement de santé est lié. Ils se prononcent sur l'aptitude aux emplois publics exigeant des conditions de santé particulières ou sur l'appréciation de l'invalidité de l'agent
- D'un Conseil Médical qui existe dans chaque département, composé de trois médecins titulaires – dont l'un est le président, de deux représentants de l'administration tirés au sort, et de deux membres représentant le personnel issue de la commission administrative paritaire départementale.

Le conseil médical est le résultat de la fusion des comités médicaux et des commissions de réforme issue du décret du 11 mars 2022. C'est une instance consultative qui doit être obligatoirement sollicitée par l'employeur concernant des décisions de situations administratives liées à la maladie. Il statue en formation plénière ou restreinte. En formation restreinte, seuls les représentants médicaux y siègent. Sa saisine est faite par l'AIPN à son initiative ou par l'agent.

Très récemment, des conseils médicaux d'établissements ont vu le jour. Pour être créés, ils doivent nécessairement l'être par un arrêté ministériel⁷. Ils permettent de répondre à l'afflux de dossiers auxquels le conseil médical départemental (CMD) n'arrive pas à répondre dans des délais raisonnables. Dans le cas du CHU X, plus de 700 dossiers de personnels étaient traités par an par le CMD, soit 25% des dossiers de la FPH du département. Cela pouvait conduire des agents à voir leur situation traitée plusieurs années après la demande. L'objectif de ces conseils médicaux d'établissements est de réduire le risque de désinsertion professionnelle face aux difficultés financières que ces délais représentent.

⁷ Exemple de l'arrêté du 13 mars 2024 portant création du conseil médical du CHU de Lille

Lorsque l'agent est en congé maladie, il est soumis à des expertises régulières. Que ce soit le CMP, CLD ou CLM, leur prolongation doit systématiquement être validée par un médecin expert. A cette occasion, l'aptitude à la reprise de l'agent est évaluée. Cependant, pour le congé d'invalidité temporaire au service (CITIS), un certificat médical du médecin traitant peut suffire.

En définitive, connaître les délais de congés maladie et des différences de rémunérations est un enjeu dans la politique de retour et maintien dans l'emploi. Un agent arrivant au terme d'une rémunération pleine et qui n'est pas reconnu inapte définitivement au poste, peut solliciter à l'issue de ces délais un retour au sein de l'établissement. La prévisibilité de ces retours peut être envisagée par les services RH afin d'organiser les possibles vacances de postes adaptés en conséquence. En 2023, le CH d'Abbeville comptabilisait 628 agents en CMO et 23 en CLM ou CLD. Ces deux derniers cas de congés sont ceux qui déboucheront le plus probablement sur une mise en retraite d'office selon la gravité de la maladie ou sur des inaptitudes nécessitant un aménagement ou un reclassement de poste. Ces postes seront dès lors ceux qui doivent faire l'objet d'une plus grande surveillance sur les possibilités de retour des personnels en congés.

2.2. Le rôle primordial du service de santé au travail dans la politique de retour et de maintien dans l'emploi :

Outre la DRH, plusieurs acteurs institutionnels participent à la mise en œuvre de la politique de retour et maintien dans l'emploi : la médecine du travail, des psychologues, des ergonomes, des assistants sociaux et tout autre professionnel que l'établissement estime nécessaires, notamment des professionnels agissant pour la prévention en santé. Une véritable équipe pluridisciplinaire est ainsi constituée, l'établissement devant s'assurer des « *compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail* » comme indiqué à l'article R. 4626-17 du Code du travail.

La médecine du travail est l'acteur majeur de cette politique. A sa création en 1946, elle est axée sur la prévention par les médecins du travail dont le « *rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs* ». C'est néanmoins une loi appliquée essentiellement dans les industries. Les premières initiatives internes dans les établissements de santé d'instauration de la médecine du travail surviendront dans les années 1950, avec la prise de conscience des risques professionnels qui émergent (TMS, infections nosocomiales,

expositions radiologiques et chimiques). Avec la loi du 12 juillet 1984, les services de médecine du travail seront imposés dans les établissements de santé. En 2000, ils deviennent services de santé au travail. Par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, la mission de prévention du médecin du travail est revalorisée, notamment par l'intégration de nouveaux professionnels au sein du SST qui devient pluridisciplinaire en y intégrant des ergonomes, des psychologues, des toxicologues, etc. Cette pluridisciplinarité permet notamment de répondre à l'ensemble des enjeux des organisations professionnelles en évolution constante.

Par ailleurs, le rôle préventif du SST s'accroît au fil des législations avec les lois du 8 août 2016 qui permet une accessibilité du médecin du travail aux agents et à l'employeur à tout moment. Il obtient par ailleurs une plus grande liberté de décision dans le suivi individuel de l'état de santé des salariés. La loi du 2 août 2021 renforce la prévention en santé au travail. Le noyau du SST est donc composé d'au moins un médecin de santé au travail et d'infirmiers à qui il peut déléguer certaines activités dans le respect de leurs compétences ainsi que d'assistance administrative. Le médecin du travail coordonne et anime le SST. Le rôle du SST, précisé aux articles L. 4624-3 et suivant du Code du travail, est important dans le retour ou le maintien dans l'emploi des agents puisqu'il est seul compétent pour proposer des aménagements de travail en concertation avec l'agent et l'employeur. Il dispose d'une autonomie entière dans le suivi de l'état de santé des agents, assure des consultations d'urgence et peut effectuer des visites dans les établissements lorsqu'il est sollicité. En cas de reprise après un congé maladie, le médecin du travail effectue un suivi médical de l'agent en plus des visites médicales régulières. En cas d'impossibilité d'adaptation du poste aux inaptitudes de l'agent et d'inaptitudes définitives sur ses fonctions, le médecin du SST rédige des « *conclusions écrites, assorties d'indications relatives au reclassement du travailleur* » conformément à l'article L.4625-4 du Code du travail. Il réalise une fiche de visite médicale indiquant les aptitudes, les restrictions, leur durée avant de le transmettre à la DRH. Il est en ce sens, une véritable force de proposition, bien que la décision finale d'aménagement de poste ou de reclassement soit celle du directeur.

Au CH d'Abbeville, le SST reçoit les agents entre un et trois mois après un changement de poste pour des raisons de santé. Lors de l'entretien, il peut réviser les tâches de la fiche de poste, en lien avec le cadre, afin de correspondre aux restrictions de l'agent, voire lui proposer une autre tentative d'affectation sur un autre poste plus adapté. Pour une politique de retour et de maintien dans l'emploi réussie, outre les comités qui ont vocation à traiter collectivement de ces cas, la communication informelle entre le SST et la DRH est primordial. Un DRH interrogé assure ainsi que « *les échanges informels avec le médecin du travail, par des coups de téléphone pour traiter des cas individuels est essentiel. Ils ont l'injonction de respecter le secret médical, ils ont beaucoup de pressions mais peu*

d'outils pour y répondre. Il faut donc créer un lien de confiance au quotidien ». Pour ce faire, l'association du SST à l'élaboration de la stratégie de retour et maintien dans l'emploi permet de renforcer cette confiance. Aborder les cas individuels en faisant des points réguliers est ensuite facilité, sans outrepasser les compétences respectives des acteurs, ni aborder les éléments médicaux des dossiers.

L'exemple du CHU de Bordeaux est pertinent en termes d'organisation pluridisciplinaire du travail : dès 2012, un staff hebdomadaire entre acteurs de la prévention des risques professionnels fut mis en place. En déployant des actions sur le terrain et de manière articulée avec l'ensemble des intervenants, ce collectif de prévention a développé une bonne expertise et une capacité d'innovation. En un an, environ 1 400 interventions individuelles ont pu ainsi être menées.

2.3. L'accompagnement dans la procédure de retour et de maintien dans l'emploi : l'étude de cas du Centre hospitalier d'Abbeville

Au CH d'Abbeville, la politique de retour et de maintien dans l'emploi se compose de plusieurs ETP : 0,4 ETP de médecin du travail, de trois IDE à 2,8 ETP, d'une psychologue du personnel à 0,5 ETP, d'une ergonome à 0,5 ETP et d'une assistante sociale d'un ETP complet. La précision de l'ETP pour chacun de ces temps de travail a son importance, leur coordination tout au long de l'accompagnement de l'agent étant majeure dans la réussite de son orientation professionnel et médical. En effet, outre les comités handicap où ces acteurs se rencontrent, la transmission d'informations sur les agents doit pouvoir se faire avec souplesse entre les acteurs.

2.3.1. Les effectifs d'agents en postes adaptés ou en reclassements :

Le CH d'Abbeville comptait en juin 2024 1865 ETPR correspondant à plus de 1 500 PNM. Le bilan social établit par ailleurs que le respect des 6% de taux de travailleurs handicapés est respecté s'élevant à 6,21% en 2022.

	Effectif			Taux évolutifs		
	2020	2021	2022	N-1 / N-2	N / N-1	N / N-2
Soignants	1024,15	1064,15	1095,98	+ 3,91%	+ 2,99%	+ 7,01%
Administratifs	157,93	168,38	169,14	+ 6,62%	+ 0,45%	+ 7,10%
Médico-Techniques	56,47	57,71	59,32	+ 2,20%	+ 2,79%	+ 5,05%
Techniques et ouvriers	123,43	124,4	130,21	+ 0,79%	+ 4,67%	+ 5,49%
Educatifs et sociaux	21,51	26,31	29,66	+ 22,32%	+ 12,73%	+ 37,89%
TOTAL	1383,49	1440,95	1484,31	+ 4,15%	+ 3,01%	+ 7,29%

Effectif PNM en ETPR selon les catégories professionnelles au sein du CH d'Abbeville entre 2020 et 2022

Au total, la liste de postes adaptés actualisée en février 2024 comptabilise 85 personnes dans ces postes-ci. Bien qu'étant un chiffre approximatif, les reclassements/aménagements de postes peuvent être estimés à environ 6% du personnel sur le PNM total. Parmi eux, 6 personnels sont détachés dans un autre corps et 12 personnels sont intégrés dans un autre grade que le leur. Ainsi, la politique de retour et maintien dans l'emploi concerne entre 5 et 6% des PNM au sein de l'établissement, effectif non négligeable.

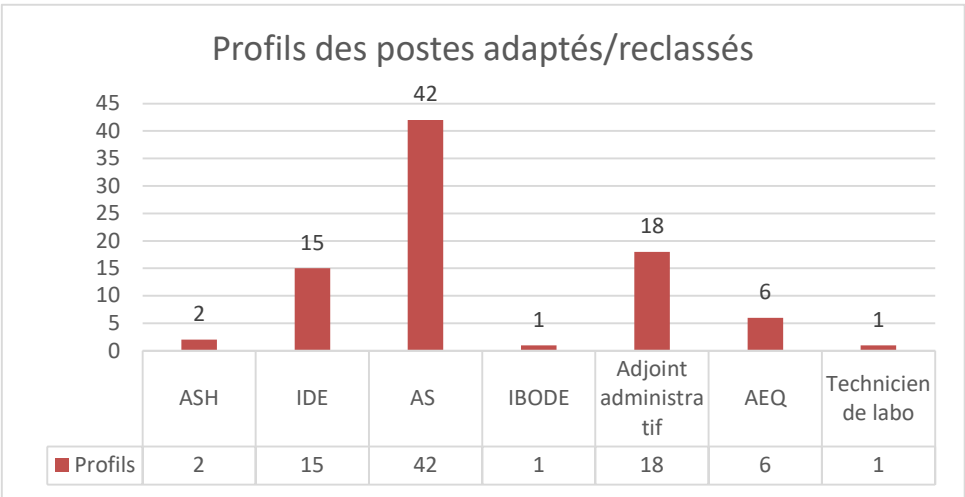


Schéma 1 : graphique en barres des profils de postes adaptés ou reclassés au Centre Hospitalier d'Abbeville

Ces chiffres indiquent que ce sont les aides-soignants qui sont le plus concernés par la nécessité de recourir à un poste adapté, un agent sur deux en poste adapté étant AS (49% des postes).

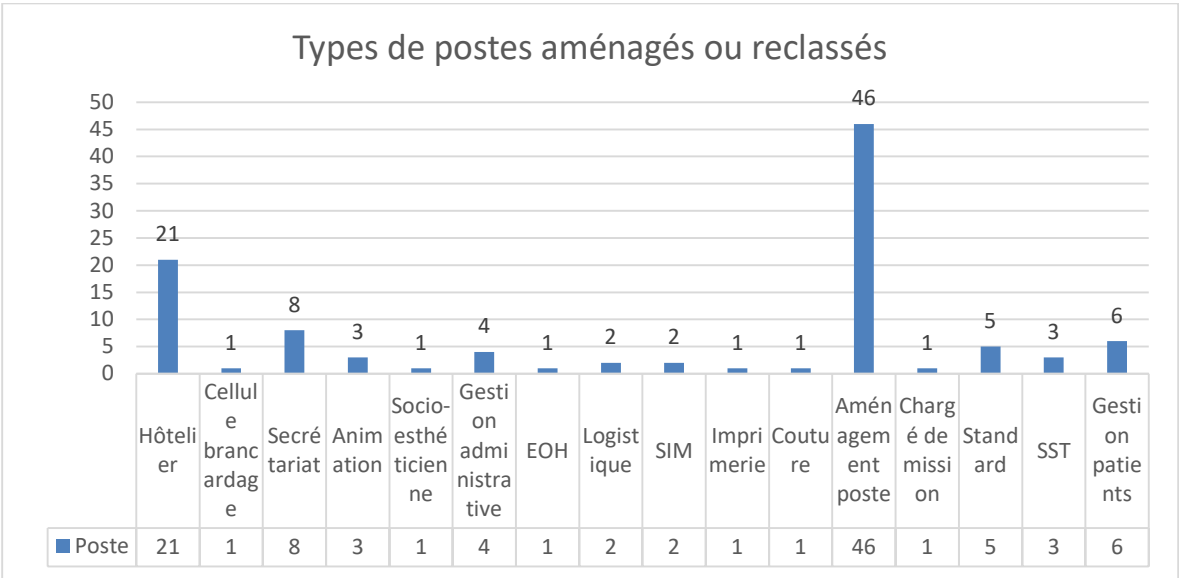


Schéma 2 : graphique en barres des postes aménagés ou reclassés pourvus par des agents au Centre Hospitalier d'Abbeville

En termes de postes adaptés, la majorité des postes sont des aménagements de poste (54%), ce qui confirme que la plupart du temps, lorsque le maintien dans l'emploi est possible, il s'agit de la première piste étudiée. En fonction des inaptitudes déclarées, l'agent restera ou non dans son service d'origine. A titre d'exemple, un agent de restauration qui présentait une forte sensibilité aux températures de l'eau a pu être maintenu en cuisine grâce à des gants protecteurs de chaleur. La plupart du temps, des aménagements d'horaires peuvent suffire pour que le poste corresponde aux restrictions de l'agent, comme par exemple l'absence de travail de nuit. Les postes de reclassement sont pour la majorité des postes hôteliers (25% sur l'ensemble des postes de la liste).

2.3.2. La distinction entre l'inaptitude totale ou temporaire aux fonctions

Lorsqu'une inaptitude totale aux fonctions est déclarée par un médecin agréé, (cela peut se produire pendant un congé maladie), l'agent en est informé et son dossier est transmis au conseil médical pour avis. Dans l'attente de l'instruction du dossier, une étude débute au sein du comité handicap. L'agent est reçu par le médecin du service de santé au travail, puis par la DRH et la direction des soins pour envisager des orientations possibles en vue des restrictions. Si un poste correspond à l'agent et que le conseil médical valide l'inaptitude, un détachement dans le nouveau grade est proposé à l'agent.

Lorsque l'inaptitude est temporaire, la médecine du travail ou le médecin agréé se charge d'évaluer les capacités de l'agent. En lien avec le SST, la DRH et la direction des soins reçoivent l'agent pour déterminer les mesures à mettre en place pour adapter le poste, restreindre son temps de travail ou l'affecter temporairement à un autre poste vacant correspondant à ses restrictions et selon la disponibilité des postes.

2.3.3. Les divers cas de figure de reprise de l'agent selon ses aptitudes⁸

Selon les inaptitudes constatées de l'agent, ce dernier peut se voir proposer trois types de reprise.

Le temps partiel pour raison thérapeutique (TPT) comme solution temporaire d'une reprise adaptée

Le TPT est une solution de reprise du service pour l'agent qui a pour objectif soit d'améliorer son état de santé en lui permettant un retour ou un maintien dans l'emploi, soit de permettre une rééducation ou une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec l'état de santé de l'agent par la suite. Il est ouvert au fonctionnaire travaillant à temps complet. L'avantage pour l'individu placé en TPT est la conservation totale de sa rémunération, primes et indemnités comprises.

⁸ Annexe 5 : logigramme de la procédure de retour après un arrêt maladie

Son octroi fut récemment facilité par l'ordonnance du 25 novembre 2020 et le décret du 28 juillet 2021 par la suppression de la condition d'un arrêt de travail préalable. Un certificat médical du médecin traitant de l'intéressé suffit, précisant la quotité de travail qui peut s'élever à 50, 60, 70, 80 ou 90% d'un temps plein. Si toutefois, le TPT est demandé après un congé maladie de plus de 12 mois, un CLM ou un CLD, la sollicitation du conseil médical en formation restreinte est nécessaire en plus du médecin agréé. Si tel n'est pas le cas, seule l'AIPN prendra la décision. La durée de ce TPT est accordée et renouvelée par période d'un à trois mois et ne peut dépasser un an, les renouvellements passés trois mois étant soumis à un médecin agréé.

Dans l'intérêt de l'agent afin d'améliorer son état de santé, le directeur peut, sur avis du médecin du travail, ne pas maintenir l'agent sur son poste mais le changer d'affectation, et/ou adapter son rythme de travail, ou ne pas lui accorder le TPT. Si l'AIPN a le dernier mot sur l'octroi du TPT, ne pas suivre les avis médicaux, peut amener le juge administratif à se prononcer en cas de litige. Tel est le cas lorsque le directeur ne suit pas les avis favorables de reprise à TPT du conseil médical et du médecin expert, bien qu'un certificat médical antérieur prolongeait le CLD pour quelques mois. Par ailleurs, aucune recherche d'aménagement du poste de l'intéressée n'avait été réalisée par l'établissement qui en fut sanctionné par le Tribunal administratif de Lyon en 2024.

L'aménagement de poste de l'agent

Ce cas de figure est destiné aux agents dont le certificat médical précise une inaptitude partielle, temporaire ou permanente, mais non définitive permettant à l'agent d'exercer les fonctions liées à son grade. Avant d'envisager un reclassement après un congé maladie, l'article L. 826-1 du CGFP dispose que l'option de l'aménagement de poste doit être recherchée par l'administration selon les restrictions médicales de l'agent. Si dans son poste d'origine l'adaptation n'est pas possible et que les nécessités de service ne permettent pas l'aménagement des conditions de travail, l'affectation dans un autre poste correspondant à son grade avec des conditions de travail compatibles à l'état de santé de l'individu est possible.

Des financements afin d'aider ces dispositifs d'adaptation de postes peuvent être octroyés par le FIPHP. Il peut s'agir d'achat de matériel, tel que des lève-malades, des fauteuils ergonomiques, certains aménagements de locaux tels que des bureaux assis debout, mais aussi des prothèses auditives, d'indemnisation de trajets domicile-travail ou de formations.

Ainsi, un des agents administratifs des étages interrogés disposant d'une RQTH a pu obtenir un caddie : *« J'ai demandé et obtenu un caddie pour transporter des cartons de médicaments en laboratoire, à l'imprimerie ou à la pharmacie. C'était mieux que l'adaptable pour faire des grands trajets, j'avais moins besoin de pousser et moins mal au dos. »*

Dans certains postes, le télétravail peut être envisagé comme un aménagement, bien qu'en établissement de santé, il ne représente pas une solution adaptée pour la majorité des postes. En effet, selon les chiffres de la DGAFP, sur une moyenne de 15% d'exercice d'au moins un jour en télétravail dans la fonction publique, la FPH n'en comptabilise que 3%. La Cour de cassation a toutefois déjà pu censurer en 2023 le licenciement d'un employeur sur le cas d'un salarié déclaré inapte par la médecine du travail avec la recommandation suivante pour l'individu « *d'occuper un poste administratif sans déplacement et à temps partiel en télétravail avec aménagement du poste approprié* ». Il est à noter, qu'en cas de handicap, l'employeur doit mettre en place les aménagements nécessaires, toute proportion gardée et selon les aides attribuées à la PSH.

Le reclassement de l'agent et la possibilité d'effectuer une période de préparation au reclassement (PPR)

Dans le cas où l'aménagement de poste s'avère impossible dans un autre emploi de son grade ou lorsque l'agent est définitivement inapte à ses fonctions, mais pas à toute fonction, le reclassement doit être envisagé par l'encadrement, que l'agent soit en poste ou en arrêt maladie. La déclaration d'inaptitude définitive des fonctions du grade se fait sur certificat médical d'un médecin agréé ainsi qu'un avis du conseil médical. La décision finale revient à la direction, en tant qu'employeur, qui la motive. Du point de vue de sa rémunération, l'individu conserve son indice brut au moins égal, et ce, même s'il intègre un corps hiérarchique inférieur à celui d'origine. Cette recherche de reclassement est considérée par la jurisprudence comme un principe général du droit.

L'agent en reclassement peut l'être dans un autre corps de même niveau ou non, ou dans un autre cadre d'emplois. Si en principe, depuis l'ordonnance du 24 novembre 2021 le reclassement se fait à la demande de l'intéressé, l'AIPN peut désormais procéder au reclassement d'office sans demande expresse de sa part, en l'absence de demande de l'agent reconnu inapte et en donnant les voies de recours (article L. 826-3 du CGFP). Imposer le reclassement est désormais possible, y compris dans une catégorie inférieure.

La recherche de reclassement d'un agent est une obligation de moyens et non de résultat de la part de l'AIPN. La Cour administrative d'appel de Versailles a eu l'occasion de se prononcer sur l'obligation de reclassement par l'employeur. Des propositions de reclassement avaient été proposées à l'agent jusqu'au licenciement pour inaptitude physique, l'agent ne pouvant plus travailler sur un poste de nuit. Pour autant, le juge de la Cour administrative de Versailles en 2017 a rappelé qu'une création de poste adapté, un poste de jour concernant le cas d'espèce, ne pesait pas sur l'employeur.

Toutefois, si l'article dispose qu'il peut être reclassé dans son administration d'origine si possible et à défaut dans une autre administration, ce dernier cas de recherche peut être

considéré dans l'appréciation des juges. En effet, si la recherche de poste en interne est prioritaire, dans le cas d'espèce, l'établissement s'était limité à interroger trois établissements publics de santé sur de potentiels postes vacants, sans fournir aucun autre document ni de précision particulière autres que les restrictions de l'agent. L'hôpital en fut sanctionné, la simple « absence de poste administratif vacant » sans recherche de reclassement dans toute autre administration ou établissement public des trois fonctions publiques étant estimée insuffisante par le juge. Cette obligation de moyen est donc vivement renforcée, tant par la loi que par la jurisprudence.

Contrairement à l'idée reçue qui consiste à ce qu'à l'issue de trois propositions de postes refusées par l'agent, ce dernier soit licencié, le Conseil d'Etat assure qu'il n'y a pas de nombre fixe de propositions de reclassement. La recherche doit être sérieuse, adaptée à son état de santé et respecter les qualifications de l'agent. Après plusieurs refus, l'administration peut toutefois prononcer son licenciement. Elle doit néanmoins être capable de prouver qu'elle a examiné sérieusement la possibilité de reclassement. Les agents ont d'ailleurs la possibilité de formuler des propositions de postes et il revient à l'administration de prouver l'absence de ces postes vacants.

Après la déclaration d'inaptitudes définitives sur les fonctions associées au grade, plusieurs étapes dans la recherche de maintien dans l'emploi de l'agent vont être effectuées : l'agent est reçu en entretien avec le service RH pour évoquer un reclassement. Il peut intervenir dès la reconnaissance de l'inaptitude après un avis du conseil médical, ou bien à l'issue ou au cours d'une période de préparation au reclassement (PPR). *« Lorsque l'état de santé d'un fonctionnaire, sans lui interdire d'exercer toute activité, ne lui permet pas de remplir les fonctions correspondant aux emplois de son grade, l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis du conseil médical, propose à l'intéressé une période de préparation au reclassement »* selon le décret du 8 juin 1989. Durant cette période, l'agent peut se préparer aux nouveaux emplois compatibles avec son état de santé, en suivant une formation, en étant en observation ou de mise en situation sur un poste, au sein de l'établissement ou non. Cette période débute à compter de la réception de l'avis du conseil médical par l'AIPN ou de la reprise des fonctions de l'agent s'il est en congé pour raison de santé ou congé maternité. Elle peut débuter, à la demande de l'agent, à compter de la date à laquelle l'AIPN a sollicité l'avis du conseil médical. Elle prend fin à la date du reclassement de l'agent, au bout d'un an maximum.

Dans l'idéal, un projet de PPR est défini par l'agent et l'établissement qui y inscrivent le contenu du projet, ses modalités et sa durée avec le format adopté (formation, mises en situation dans les services, observation aux côtés d'autres agents etc.), ainsi que les

périodes d'évaluation régulières. Cette formalisation de PPR doit être réalisée au plus tôt, et notifiée maximum dans les deux mois après la proposition de PPR à l'agent qui doit accorder son accord sous 15 jours, sous peine de refus tacite de sa part. La convention⁹ est signée par l'agent, l'établissement (représenté par la DRH et le directeur des soins) et le cadre du service. Elle prend fin lorsque l'agent est reclassé, en cas de retour de l'agent dans ses anciennes fonctions sur un poste aménagé ou en cas de manquements de celui-ci aux engagements fixés dans la PPR.

L'agent peut refuser le bénéfice d'une PPR à la condition qu'il présente une demande directe de reclassement dans un autre corps. S'il ne le fait pas, la DRH le convoque afin de lui proposer des emplois de catégorie inférieure ou équivalente.

Sous réserve de poste vacant dans l'établissement (ou en dehors), l'agent est reclassé dans un poste compatible avec ses inaptitudes. Ce reclassement peut prendre diverses formes :

- Par intégration directe d'un poste du même corps, après avis du conseil médical
- Par voie de concours, l'agent peut accéder à un nouveau corps, de même niveau, inférieur ou supérieur mais sans bénéficier de ses anciennes primes et indemnités
- Par détachement pour raison de santé sur avis du conseil médical, avec possibilité d'intégrer ce nouveau corps au bout d'un an de détachement
- Il peut y avoir un échec du reclassement, faute de poste vacant dans l'établissement, d'un refus de l'agent des propositions de reclassement, ou en cas d'inaptitude définitive à toutes fonctions sur un avis du conseil médical et de la commission de réforme en cas de mise en retraite pour invalidité.

Cette procédure étant complexe et souvent fastidieuse, de nombreuses problématiques, notamment organisationnelles peuvent se poser.

2.4. Les problématiques constatées de cette procédure actuelle :

La volonté d'adopter une stratégie plus élaborée d'une politique de retour et de maintien dans l'emploi témoigne d'un besoin de diagnostic et d'actions à mettre en place par la DRH. Plusieurs points de dysfonctionnements ont été relevés, notamment au cours des différents entretiens, qu'ils soient mis en avant par le personnel administratif ou par les agents.

- D'une part, aucune cartographie des postes avec des charges physiques allégées n'a été faite au CH, ni de ligne de conduite sur l'identification de postes à réserver

⁹ CF Annexe 6 pour un modèle de convention de PPR

pour le personnel.

La recherche d'un poste adapté aux inaptitudes physiques particulières de l'agent se révèle complexe pour le service RH, faute du nombre peu important de postes vacants identifiés pour des personnels en retour à l'emploi de plus en plus nombreux. Selon les hôtelières interrogées : *« Il y aurait plein de choses à proposer aux soignants. Mais le budget, je sais pas. Mais en tout cas pour nous le contact patient est important. Ce serait bien par exemple de pouvoir faire des shampoings aux patients ou ce genre d'attentions, après des électroencéphalogrammes, ils ont des placards dans les cheveux »*. *« On m'a dit vous aurez un poste adapté au niveau de la médecine du travail. J'ai été contacté par la cadre RH qui m'a demandé quel poste m'intéressait. Je voulais faire esthéticienne à vocation sociale mais pas au niveau esthétique mais dans le relationnel. Mais on m'a dit non non je ne peux pas te payer cette formation là. J'ai pas de poste, j'ai que des postes d'hôtellerie. Je voyais bien les hotellières en montant dans les services. Et je savais pas en quoi ça consistait. Je me disais, ça va être long de faire que de la distribution de petits déjeuner. Je regrette qu'on n'ait pas de poste proposé à part ça. »*

- Par ailleurs, les personnels sont confrontés à des délais importants entre deux visites médicales au SST qui doit s'élever à deux ans.

Dans la réalité, le nombre important d'agents, notamment pour les établissements de grande taille, ne permet pas d'assurer un suivi médical régulier. Or, la prévention des risques professionnels ne peut être correctement mise en œuvre sans possibilité de détection des problèmes de santé.

- Dans la majorité des établissements interrogés, les délais d'attente pour un examen d'un dossier par le conseil médical départemental sont importants.

Sur des établissements de grande taille comme des CHU, l'examen de la situation d'un agent peut être aller de six à neuf mois, voire un an ou plus à partir de la demande. Au CH d'Abbeville, l'examen d'une situation par le conseil médical ou le médecin agréé peut prendre entre 3 et 6 mois.

- Certains établissements interrogés ont souligné les problématiques propres à la rémunération des agents, l'agent étant très souvent reclassé dans un poste de catégorie inférieure.

C'est par exemple le cas des AS de catégorie B reclassés sur des postes de secrétaires de catégorie C. Généralement, l'agent est placé dans l'échelon terminal du grade le plus élevé de son corps d'accueil de catégorie inférieure et conserve l'indice de son corps d'origine. Cela représente néanmoins généralement une rémunération moindre pour des agents ayant déjà eu expérience professionnelle importante et donc un échelon avancé, les primes et indemnités étant une part importante de l'exercice hospitalier. Le choix étant interne,

l'établissement peut décider de conserver le grade d'origine lors du reclassement afin d'éviter les refus de reclassement des personnels et de prononcer des licenciements pour inaptitudes. Ce ne fut pas le choix du CH d'Abbeville, de peur de créer des situations inégales entre des agents reclassés sur des postes inférieurs avec une rémunération plus importante que des collègues sur un même poste. En entretien, l'une confirme que *« c'est pas incitatif de faire un poste bureautique pour les soignants qui n'ont plus les primes d'AS »*.

- D'autre part, une impréparation mentale des agents à exercer un nouveau métier est constatée en entretien avec la DRH.

Cela s'explique par le manque d'information qu'ils ont pu obtenir, au fait qu'ils n'ont pas réalisé qu'ils ne pourront plus exercer leur ancien métier, faute d'accompagnement psychologique ou du manque d'explication des conséquences après la déclaration d'inaptitude par la médecine agréée. Aucun des agents interrogés ne s'est vu proposer un entretien ou le contact d'un psychologue du travail. Une hotelière confie ainsi *« Avec ma première cadre j'allais au fond du couloir et je pleurais car on m'avait retiré mon poste. Je faisais partie des anciennes et je connaissais mon poste. J'ai un peu de fierté, j'allais pleurer au fond du couloir. »*

- De plus, il arrive que le bilan de compétences n'ait pas été proposé aux agents, bien que la procédure ait évolué depuis.

Cela suscite des critiques des agents : *« j'avais pensé à un reclassement, l'expert m'avait dit que je pouvais aller en-dehors de l'établissement et changer de métier si je suivais une formation. Mais j'ai pas eu de bilan de compétences »*.

- Plus généralement, une méconnaissance des agents de la procédure administrative de reclassement ou d'aménagement de poste après un congé maladie ainsi que de leurs perspectives ensuite est à constater.

Certains affirment avoir été mal aiguillés par la DRH et le SST : *« J'ai eu un AT de nuit, je l'ai dit au cadre j'ai vu mon médecin traitant et un rhumato. Je suis restée 4 ans en arrêt maladie, bref j'allais reprendre. Donc j'ai appelé le médecin expert qui m'a dit que c'était l'hôpital qui devait me contacter. J'ai fini par le faire et on m'a dit que je devais faire un courrier pour reprendre et la médecine du travail m'a dit que je devais d'abord revoir l'expert. Si je n'avais pas appelé, je n'aurais pas fait les démarches, je serai au point mort. »*

- Souvent, un manque d'anticipation ou de temps dans la recherche d'un poste adapté aux inaptitudes de l'agent entraîne une prolongation non nécessaire de l'arrêt.

La situation financière et professionnelle de l'agent en est directement impactée et conduit parfois le conseil médical à indiquer une date de reprise rétroactive.

- Par ailleurs, dans certains établissements interrogés, la coordination des acteurs de la politique de retour et maintien dans l'emploi est à parfaire due aux frontières floues des attributions de compétences de chacun.

Leur communication est primordiale faute de conséquences sur les agents : *« ce que je n'ai pas accepté c'est que X m'a dit que j'aurai un poste aménagé mais pas dans X service, car c'est dur. Mais le directeur des soins a dit qu'il était contre cette décision et je suis retournée dans ce service »*. *« Quand j'ai su que j'allais dans X service, je devais pas le dire parce que la cadre n'était pas encore au courant »*.

- Durant son absence et sans contact avec l'établissement, l'agent peut se retrouver en situation d'isolement social et professionnel :

« C'est un engrenage, quand on n'est pas bien, on s'isole. Heureusement, j'avais mes enfants ». *« Oui, je me suis sentie isolée, parce que les collègues je ne les voyais plus. Mais j'ai eu des contacts avec certaines des filles qui me demandaient comment j'allais, si j'allais reprendre et aussi de mon ancien cadre. Mais pas de l'hôpital non »*.

- Il ressort des entretiens, un manque d'accompagnement après la prise de poste dans le nouveau métier.

Une ancienne AS désormais agent administratif des étages affirme ainsi : *« Je n'ai pas eu de formation informatique pour utiliser le logiciel du service. Je n'ai pas non plus eu de formation au métier. C'est les filles (les infirmières) qui m'ont aidé le premier jour. Il y avait bien une autre personne sur ce poste avant à 50%, mais elle n'était pas présente au moment de ma prise de poste »*. Toutefois, le cadre de santé est généralement présent le premier jour pour la présentation du service et du poste. Il réalise également un entretien en tête à tête avec l'agent pour l'accueillir au sein de son service. Pour la plupart, cette intégration reste insuffisante : *« j'étais solo, j'ai pas eu d'explication sur le poste mais juste une fiche de poste très différente de ce que je faisais avant. Il a fallu apprendre sur le tas. »*. *« En à peine 5 jours j'ai eu une place ici. Je connaissais l'hôpital depuis des années mais là c'était me réadapter, l'inconnu fait peur à tout âge. Je devais être doublée le premier jour mais il y a eu un arrêt et je me suis retrouvée toute seule. On a beau être soignant depuis 20 ans, on ne se forme pas comme ça. »*. Une autre confirme ce manque de formation : *« Je connaissais l'équipe que de vu. La première journée j'écoutais les filles et après j'ai dit à la cadre qu'il fallait me mettre avec une hotelière de service. Je sais pas faire les commandes, les menus et je voulais pas faire d'erreur. »*

- De possibles fractures entre la DRH et les agents peuvent voir le jour, faute d'une bonne communication entre eux.

Dans certains cas, la DRH peut analyser l'absence d'implication de l'agent dans sa reprise comme un manque de volonté de sa part. Inversement, l'agent peut estimer que la DRH n'est pas investie dans son retour au sein de l'établissement, faute de budget ou de poste pour la réintégration. Une des personnes interrogées témoigne d'un mécontentement, en dépit d'un reclassement réalisé il y a dix ans : « *c'est très mal organisé, il y a une mauvaise prise en charge, de mauvais retours au niveau DRH, ça s'est pas bien passé je trouve* ». Ces deux projections sont dans la majorité des cas des réalités faussées et pourraient être améliorées par une meilleure organisation et communication. Ce manque de communication peut causer des problèmes à la reprise. Un personnel reclassé affirme ainsi : « *J'ai vu le SST trois mois après ma reprise, pour un renouvellement de mon mi-temps thérapeutique et finalement j'ai repris à temps complet plus tôt mais je n'étais pas au courant. Ils m'avaient juste demandé si j'en étais capable sans me dire quand j'allais reprendre à 100%.* »

- Si un référent handicap a été nommé au sein de l'établissement, il est encore peu identifié en tant que tel et par les agents et ne détient pas de rôle d'accompagnant et de suivi des agents dans la procédure de retour ou de maintien dans l'emploi.

3. Une stratégie de retour et de maintien dans l'emploi axée sur la prévention en santé et l'anticipation des reprises professionnelles

3.1. Un renforcement indispensable de la politique de prévention

Le CH d'Abbeville propose chaque semaine aux agents des séances gratuites d'ostéopathie sur inscription. D'autres établissements proposent des formations à la manutention pour les agents qui manipulent des patients, tels que les AS ou les infirmiers.

Plusieurs points d'amélioration peuvent être mis en place dans une politique préventive afin de réduire les risques physiques ou psychiques liés au travail.

3.1.1. Une analyse qualitative et visites "santé-travaux" pour la prévention des accidents du travail par l'ergonome

Afin de réduire significativement le nombre d'AT, il est crucial d'instaurer une analyse qualitative approfondie des incidents survenus ainsi que des espaces en travaux. Cette analyse permettrait de mieux comprendre les causes sous-jacentes des accidents et d'identifier les zones à risque. Une initiative particulièrement prometteuse et récemment mise en place au CHU X consiste à organiser des visites « santé-travaux », au cours desquelles une équipe composée d'un ergonome, d'un représentant des ressources humaines (DRH) et d'un membre de la direction des travaux inspecte les sites concernés. L'objectif de ces visites est de repérer les dangers potentiels des sites, locaux ou matériels afin de proposer des solutions adaptées pour les éliminer ou les atténuer, contribuant ainsi à une réduction des accidents de travail.

Ces analyses supposent une collaboration étroite de la DRH, de l'ergonome, de la direction travaux ou des projets ainsi que de la direction des achats des établissements.

3.1.2. Une cartographie des métiers à risques et une priorisation des actions de prévention

Un autre volet essentiel de cette politique de prévention renforcée consiste à réaliser une cartographie des services par un ergonome. Elle aurait pour but d'identifier les espaces de travail et les métiers présentant un risque accru de troubles de santé, qu'ils soient physiques ou psychiques. Grâce à cette identification précise, il deviendrait possible de cibler plus efficacement les actions de prévention. Par exemple, les agents travaillant dans les secteurs les plus à risque pourraient être prioritaires pour bénéficier d'entretiens de prévention des risques, notamment les entretiens de mi-carrière. Cette cartographie peut se faire avec des logiciels utilisés par les services, tel que Gesform qui permet de recenser

l'ensemble des métiers au sein de l'établissement par requête faite aux services. Le SST confirme que certains types de postes « plus faciles » sont identifiés au sein du CH, tels que les affectations en consultations externes, les infirmiers préleveurs au laboratoire ou dans des pôles. À la suite de cette cartographie, des solutions spécifiques pourraient être mises en place pour supprimer ou, à défaut, retarder l'apparition de troubles de santé. Ces solutions pourraient inclure des ajustements ergonomiques, des formations ciblées, ou encore la réorganisation de certaines tâches pour réduire les sollicitations physiques excessives.

3.1.3. Une surveillance renforcée des publics vulnérables aux troubles musculosquelettiques

Une surveillance particulière dédiée aux publics particulièrement vulnérables aux TMS permettrait une amélioration de la prévention des risques professionnels. En amont, la formation des agents aux RPS, notamment à l'IFSI et à l'IFAS ou lors des recrutements est nécessaire et doit être réactualisée régulièrement afin de maîtriser les bons gestes de manipulation de patients. En aval, un suivi davantage proactif de ces personnels serait effectué par les acteurs de la prévention (SST, service RH, ergonome, assistant social, psychologue, OS etc.) des agents les plus exposés à ces troubles, notamment les personnes plus âgées occupant des postes physiquement exigeants, tels que les brancardiers, les AS, les ASH et les ouvriers non qualifiés. Les acteurs pourraient intervenir sur ces situations de manière collective à l'occasion du comité de maintien et retour à l'emploi (ou comité handicap) ou plus spécifiquement par pôle de direction. C'est le cas d'un CHU qui met en place des points d'absentéismes-maintien dans l'emploi avec les directeurs de pôle et le SST, en ciblant les pôles où l'absentéisme est le plus fort. Des mesures de prévention spécifiques adaptées aux risques issus de la situation personnelle ou professionnelle de l'agent pourraient être mises en place, telles que des pauses régulières, un suivi médical renforcé, voire un aménagement de poste ou un TPT afin de prévenir l'apparition ou l'aggravation des TMS et des troubles psychologiques.

Toutefois, le SST alerte sur le fait que si les TMS sont parfois prévisibles, elles dépendent également de l'hygiène de vie de l'individu ou de déterminants biologiques, tout comme d'autres maladies. Il est parfois impossible de les détecter avant leur déclenchement.

3.1.4. L'entretien de mi-carrière pour un repérage précoce des inaptitudes

Outre la surveillance renforcée des personnes vulnérables, un entretien de mi-carrière par le service RH permettrait aux agents qui sont le plus exposés à ce type de risque, d'envisager des reconversions, avant même de présenter des troubles physiques ou

psychologiques. Si ce type d'entretien commence à voir le jour dans de grosses structures, telles que les CHU d'Amiens-Picardie, de Lille, et de Reims, elle est loin d'être généralisée à l'heure actuelle. En effet, il n'existe pas encore d'incitation au changement de poste dans les établissements avec la possibilité pour les agents d'envisager une projection de carrière différente du soin. Ces entretiens offrent un espace de dialogue où les agents peuvent exprimer leurs difficultés, discuter de leurs conditions de travail, et envisager des perspectives d'évolution professionnelle qui seraient en adéquation avec leur état de santé. Sur la base de volontariat, ces entretiens ainsi que des bilans de compétence pourraient ainsi être proposés afin de cerner la projection professionnelle de l'agent et de lui proposer éventuellement une formation par la suite pour envisager un virage professionnel intra-établissement ou à l'extérieur. Certains CHU tels que Reims et Amiens optent depuis peu pour un conseiller en évolution professionnelle pour ces entretiens de mi-carrières et les agents inaptes à leur ancien poste. Les avantages sont ceux d'une meilleure fidélisation des professionnels, qui, plutôt que d'envisager un départ, suivraient une reconversion de poste afin de trouver un nouvel épanouissement professionnel.

En outre, le rôle des cadres de proximité est crucial dans ce repérage. Lors des entretiens annuels, ou au fil de l'année selon leurs observations quotidiennes, ils ont la responsabilité de détecter les signes avant-coureurs de troubles physiques ou psychologiques, ou les envies de mobilité professionnelle chez les agents placés sous leur responsabilité. Par la suite, une mise en relation avec le service RH ou le SST est possible.

3.1.5. Une sensibilisation accrue au handicap auprès de l'ensemble du personnel hospitalier

Enfin, l'amélioration de la sensibilisation au handicap au sein de l'ensemble du personnel hospitalier constitue un objectif fondamental de cette politique de prévention. Il est essentiel de favoriser une culture d'inclusion et de respect des différences, en particulier en ce qui concerne les collègues en situation de handicap, notamment en reclassement. Cette sensibilisation pourrait être mise en œuvre à travers diverses actions de communication et de formation. Par exemple, l'affichage dans les services de bandes dessinées humoristiques abordant le thème du handicap, notamment le handicap invisible, pourrait contribuer à dédramatiser ces situations tout en y sensibilisant les professionnels. De plus, l'organisation d'interventions par des associations spécialisées, notamment lors de la journée nationale du handicap le 3 décembre, permettrait de sensibiliser davantage le personnel aux défis rencontrés par leurs collègues handicapés et de promouvoir des pratiques inclusives au sein des équipes. A titre d'exemple, au CHU d'Amiens-Picardie une troupe de théâtre a présenté des saynètes sur le thème du handicap au travail aux agents hospitaliers. D'autres formes de communication, comme des campagnes de sensibilisation

internes, des ateliers participatifs ou des témoignages de personnes handicapées, pourraient également être envisagées pour renforcer cette prise de conscience collective. Les objectifs recherchés derrière, sont, d'améliorer l'intégration des PSH en poste reclassé, mais également de permettre de lever le tabou sur le handicap en incitant les agents à consulter le SST en cas de suspicion de handicap, avant que celui-ci ne s'aggrave, et donc de réduire les nécessités de reclassement.

De manière concrète, le handicap peut être abordé de façon ludique par des jeux, des vidéos de sensibilisation à diffuser sur les écrans d'accueil et l'intranet, par un escape game ou par la reprise de BD humoristiques diffusées par la FIRAH ou leur création gratuite à partir de SantéBD¹⁰. L'association du référent handicap à ces initiatives et au suivi des PSH sur l'établissement est également une manière d'améliorer cette sensibilisation.

3.2. Une stratégie de retour et maintien dans l'emploi basée sur la réserve de postes et complétée par des postes tremplins

3.2.1. Des postes réservés au reclassement

Divers établissements de santé, mettent en place des « réserves de postes », consistant en une identification de postes attribués uniquement ou préférentiellement à de futurs agents reclassés ou en postes aménagés. Ce dispositif vise à anticiper et à faciliter la réaffectation de ces agents dans des positions mieux adaptées à leur état de santé, tout en optimisant la gestion des ressources humaines. En effet, cela permet d'éviter des sureffectifs dans les services et de gérer le volume salarial, tout en respectant l'obligation de reclassement.

Le fonctionnement de cette identification repose sur la bonne coopération de ses encadrants : elle doit être réalisée par les cadres de santé supérieurs, en collaboration étroite avec les directeurs de pôle. Les postes ainsi identifiés doivent répondre à des critères précis de compatibilité avec les limitations fonctionnelles des agents concernés, garantissant ainsi une adéquation optimale entre les capacités des agents et les exigences des postes.

Le service des ressources humaines joue un rôle central dans la gestion de cette réserve de postes. Il est responsable de la comptabilisation en continu du nombre de postes réservés vacants au sein des différents pôles, ainsi que de leur présentation à chaque comité de retour et maintien dans l'emploi. Elle permet d'ajuster l'offre de postes en fonction des besoins évalués selon le nombre d'agents reclassés et le nombre de CLD et CLM.

¹⁰ Voir l'annexe 7

Cette veille des postes permet d'en réserver un au moment d'un départ d'agent (reclassé ou non), laissé alors vacant. Il peut également être une création de poste, à la condition de sa validation par la direction au préalable.

Le processus de gestion de la réserve de postes suit une procédure qui devra être bien définie dans la stratégie de la DRH. Il débute par une évaluation régulière, effectuée lors des comités de maintien et de retour à l'emploi, du nombre d'agents reclassés ou nécessitant un changement de poste. Le DRH transmet ensuite ces informations aux directeurs adjoints concernés lors du prochain comité de direction ainsi qu'aux cadres de santé du pôle et le chef de pôle. L'objectif est de proposer au service des ressources humaines des postes spécifiques répondant aux besoins identifiés. Cette démarche doit en effet inclure des encadrants du pôle pour évaluer la faisabilité des propositions, en tenant compte des exigences du poste et des contraintes de l'organisation.

Des retours d'entretiens d'établissements évoquent la possibilité pour certains services de « préempter » des postes, c'est-à-dire, de le prioriser à des agents en retour ou maintien dans l'emploi de leur service qui en auraient besoin.

3.2.2. La mise en place de postes tremplins ou contrats sur poste pour faciliter les PPR ou l'apprentissage de nouvelles compétences :

En plus de postes réservés au reclassement, des « contrats sur poste » ou « postes tremplins » peuvent être proposés aux agents. Ils peuvent convenir aux agents dans le cadre de leur (PPR) ou plus généralement lors de leur retour à l'emploi après une période d'arrêt. Ils permettent aux agents d'acquérir de nouvelles compétences tout en bénéficiant d'un aménagement de poste adapté à leur situation. Ces postes sont particulièrement appropriés pour les agents en demande de TPT, leur offrant une transition progressive vers une reprise complète de leurs fonctions, sur leur ancien poste ou sur un nouveau selon leurs inaptitudes. Ils sont conçus comme des opportunités temporaires permettant aux agents de se réinsérer progressivement dans leur environnement de travail, tout en développant de nouvelles compétences adaptées à leurs capacités actuelles. Ce sont généralement des postes allégés pour se former à un autre métier en plein deuil de sa profession d'origine. Ils connaissent un fort turn-over du fait de cette essence de formation courte permettant aux agents d'intégrer ensuite des postes vacants. Un DRH témoigne du succès des postes tremplins sur leur plateforme téléphonique. En deux ans, trois départs de postes tremplins ont été repositionnés ensuite, à leur demande, sur des postes vacants.

Ces postes sont généralement identifiés au sein des différents pôles ou services de l'établissement. Sous la supervision du cadre supérieur de santé, les propositions de postes sont discutées avec les cadres de santé des services concernés.

La procédure d'identification des postes tremplins suit un processus similaire que celle des postes réservés aux retours de congés maladie, dans le chiffrage des besoins par la DRH et dans le repérage de postes par les cadres de santé. Chaque pôle ou service est invité à proposer des postes qui peuvent faire l'objet d'un fort turn over (selon la période de TPT ou de PPR qui durera généralement un an). Le cadre supérieur de santé, en concertation avec le cadre de santé, joue un rôle clé dans l'évaluation et la validation de ces propositions. Une fois identifiés, ces postes sont intégrés dans une réserve de postes tremplins, gérée par le service RH. Ce dernier veille à maintenir une adéquation entre l'offre de postes tremplins et la demande, en tenant compte du nombre d'agents en reclassement, en temps partiel thérapeutique, ou en retour progressif à l'emploi.

Afin d'inciter les services à proposer des postes tremplins, une convention tripartite est souvent mise en place par les établissements. Elle consiste à identifier les objectifs professionnels de l'agent qui s'engage à les atteindre, en échange de quoi, le cadre s'engage à intégrer l'agent au sein de son service. Un suivi systématique est mis en place pour s'assurer de l'atteinte des objectifs. Entre un et trois mois après la prise de poste, un entretien tripartite est organisé, réunissant le cadre de santé, l'agent concerné, et un représentant RH. Cet entretien permet de faire le point sur l'intégration de l'agent, l'adéquation du poste avec ses compétences et capacités, ainsi que sur les éventuelles difficultés rencontrées. Dans le cas d'une insatisfaction constatée, notamment de la part du cadre, et si aucune solution ne permet de rectifier la situation pour atteindre les objectifs fixés, le service RH s'engage à « reprendre l'agent » pour trouver un autre poste plus en adéquation avec son profil.

Cette solution de postes tremplins présente plusieurs avantages : l'engagement tripartite incite les cadres à accepter de réserver des postes tremplins pour des agents, dès lors que si les agents ne conviennent pas aux missions du poste, la DRH s'engage à leur trouver de nouvelles affectations. Cela apporte une certaine souplesse dans le processus d'identification de ces postes, affaire de bonne volonté de chacun. C'est par ailleurs un outil de remise au travail progressif et adapté aux besoins de l'agent et du service lui permettant en parallèle d'acquérir des compétences.

Certains agents peuvent après ce type de poste, retourner sur un poste correspondant à leur ancien grade ou même passer des concours au même titre que tout autre agent si leurs capacités après ce poste tremplin le leur permettent. Si la médecine du travail indique des inaptitudes définitives sur leur anciennes fonctions, ils peuvent également être affecté sur un poste reclassé selon les vacances de postes au sein de l'établissement ou en dehors.

3.2.3. Un maintien du contact avec l'agent en arrêt de travail afin de faciliter son retour à l'emploi

Bien que les agents soient temporairement éloignés de leur poste durant leur congé maladie, il est crucial de ne pas rompre tout liens avec eux. Un suivi attentif permet non seulement de préparer au mieux leur éventuelle reprise de poste, mais aussi de les informer des démarches et des soutiens disponibles. En effet, pendant la durée de leur arrêt, les agents sont souvent préoccupés par leur état de santé et peuvent être isolés de leur environnement professionnel. Toutefois, savoir à quel moment cette reprise est envisageable permet de mettre en place les aménagements nécessaires et d'assurer une transition en douceur. De plus, les agents ne sont pas toujours familiers avec les procédures de reprise de poste, et peuvent se sentir démunis face aux démarches à accomplir. Le maintien d'un contact régulier permet de les informer et de les rassurer sur les étapes à suivre.

Pour soutenir les agents durant leur absence, plusieurs documents et informations clés peuvent être envoyés directement à leur domicile, par exemple, joint à leur fiche de paye. Ces documents incluent :

- Le guide explicatif du retour et du maintien dans l'emploi : il détaille les étapes du processus de retour, les droits des agents, et les solutions de retour à l'emploi.
- Les contacts du service des RH, du SST, de la psychologue et de l'assistant social du personnel.

Les professionnels en congé, notamment ceux dont l'arrêt fait suite à un accident de travail ou à une affection liée à leur activité, se tournent parfois plus facilement vers l'assistant social que vers le SST ou le service RH. Cette préférence s'explique souvent par la difficulté pour ces agents d'envisager une reprise du travail, un sujet qui peut être perçu comme prématuré ou anxiogène lorsqu'il est abordé par le SST ou le service RH. L'assistante sociale du personnel confirme les bénéfices de ce maintien de contact : *« J'ai insisté plusieurs années en proposant par mail de venir chez Mme X, qui avait une grosse pathologie, mais je n'avais pas de retour, elle était très méfiante. Et puis en insistant, pas lourdement, mais juste en envoyant un mail avec les informations d'aides et sans parler de travail, parce que c'était trop compliqué comme pathologie dans son cas, elle m'a demandé de venir à domicile. Depuis elle a pu bénéficier d'aides. Moi j'estime que mon travail ne s'arrête pas aux agents qui sont en poste à l'hôpital, c'est tout ceux qui y ont travaillé et sont rémunérés par l'hôpital. Parfois ils reviennent, parfois non, mais ne pas rompre le contact ça aide à les faire revenir vers nous. »* Dans le cas où l'agent souhaite un reclassement mais qu'aucun poste n'est disponible, l'assistant social fait le lien avec eux, et au cas par cas, peut même le réorienter vers le service RH ou SST s'il constate qu'il a des difficultés dans la procédure de reprise.

Au CH d'Abbeville, l'attachée de la DRH envoie régulièrement des informations aux agents en congés maladie lorsqu'ils sont proches de la fin de droits à congé ou lorsque leur rémunération à plein traitement prend fin. Le service RH peut en effet, de manière proactive, envoyer des e-mails nominaux aux agents en arrêt de travail, à des intervalles adaptés à la durée et à la nature de leur congé. Ces communications doivent inclure les contacts et les informations pertinentes sur la procédure de reprise. Cependant, il est essentiel que ces envois soient effectués avec tact, pour éviter toute pression induite sur l'agent qui a besoin d'une rupture avec son environnement professionnel. Par exemple, pour un congé longue maladie, un e-mail pourrait être envoyé un mois avant une possible reprise ou un renouvellement du congé, tandis que pour un congé de longue durée, une communication annuelle pourrait suffire.

L'aide du cadre de santé est également importante dans ce maintien de contact. Si des personnels de son service sont en lien avec l'agent en congés, il peut également se renseigner sur la situation de ce dernier. Si une reprise se dessine, il doit en informer rapidement le service RH et la direction des soins, afin que les démarches de réintégration puissent être anticipées.

3.3. Un accompagnement personnalisé lors de la reprise de poste de l'agent par divers acteurs institutionnels

Dans le cas d'une intégration dans un nouveau poste ou service, sur un reclassement, un poste aménagé, un poste tremplin ou une reprise dans un autre service après un long congé maladie, il est nécessaire de proposer une fluidité d'organisation et un accompagnement adapté à l'agent. Ce processus vise à faciliter son adaptation dans son nouvel environnement de travail après une longue absence, et/ou des capacités qui ont évolué en raison de problèmes de santé. Plusieurs étapes préalables ont pu être identifiées après les dysfonctionnements évoqués en entretien.

1/Préparation de la reprise et communication au service et à l'agent :

Dès que l'agent accepte une proposition de poste, la première étape consiste à lui communiquer officiellement la date de reprise, ainsi qu'au cadre supérieur de santé et au cadre de santé qui l'accueillera. Le cadre de proximité entre alors en contact avec l'agent pour organiser un entretien de présentation et proposer une visite du service. Cette visite permet à l'agent de se familiariser avec son nouveau cadre de travail et de rencontrer ses futurs collègues.

2/ Adaptations de poste et soutien ergonomique :

Selon les inaptitudes ou incapacités de l'agent inscrits sur le certificat médical, l'ergonome de l'établissement veille à ce que toutes les adaptations nécessaires soient mises en place avant la reprise. Cela inclut, par exemple, l'installation d'un bureau ergonomique, d'un ordinateur adapté, d'une souris ergonomique, ou encore d'un fauteuil ou d'un caddie spécialement conçu pour répondre aux besoins de l'agent. Ces ajustements sont essentiels pour garantir que l'agent puisse travailler dans des conditions optimales, réduisant ainsi le risque de nouvelles complications de santé.

Par ailleurs, le SST et la DRH veilleront à proposer un TPT si la reprise y est conditionnée, selon les conclusions du dernier entretien médical. Cette information devra être transmise aux cadres pour l'organisation de ce planning ainsi qu'à l'agent en amont de sa prise de poste.

3/Des modalités classiques d'accueil dans un nouveau poste :

Le cadre de santé est chargé de s'assurer que l'agent dispose des accès nécessaires aux logiciels et outils informatiques une semaine avant sa prise de poste. Il en est de même pour le badge d'accès au bâtiment, la blouse ou la carte de restauration. Pour ce faire, la DRH s'occupe d'informer l'ensemble des personnels concernés tels que le service informatique de l'établissement afin que tout soit prêt pour le jour de la reprise de l'agent.

4/ Des besoins en formation pris en compte :

Lorsque le poste est nouveau pour l'agent, plusieurs types de formations peuvent être mises en place. Cela peut être classiquement une PPR dans le cas d'un reclassement, mais également une période d'observation ou de mise en situation accompagnée et organisée lorsque la PPR n'est pas proposée ou pour un aménagement de poste. Pendant cette période, l'agent doit être soutenu par un collègue expérimenté qui l'accompagne dans la prise en main de ses nouvelles tâches. En l'absence d'une formation formelle, le cadre et l'équipe de travail s'engagent à encadrer l'agent de manière active. Ils veillent à ce qu'il bénéficie de tous les conseils et explications nécessaires pour s'intégrer rapidement et efficacement à son nouveau poste.

5/ Un suivi post-reprise :

Le suivi de l'agent après sa reprise de poste est essentiel pour identifier les difficultés rencontrées par l'agent ou le service. Au CH d'Abbeville, une visite médicale est systématiquement proposée par le SST pour les postes adaptés ou reclassés, dans le mois suivant la reprise. Les éventuelles difficultés physiques ou psychologiques sont abordées

ainsi que des options telles qu'un réaménagement du poste, l'émission d'un nouveau certificat médical pour déclarer de nouvelles inaptitudes, ou la mise en place d'un TPT.

De plus, un entretien tripartite réunissant l'agent, le cadre et un représentant du service RH est organisé entre un et trois mois après la reprise. Cet entretien vise à faire le point sur l'atteinte des objectifs professionnels fixés, à évaluer l'aisance de l'agent dans son nouveau poste, et à identifier les éventuels ajustements nécessaires pour garantir son succès et son bien-être au travail.

3.4. Prévoir des solutions en cas d'échec à la reprise de poste :

En dehors des cas d'inaptitudes médicales qui supposent une ré-évaluation de l'état de santé des agents et de ses compatibilités aux fonctions, celui-ci peut présenter des difficultés à exercer son nouveau métier et à satisfaire aux objectifs fixés par la convention tripartite. Dans le cas d'un échec lors de la prise de poste et si l'entretien tripartite (DRH, cadre, agent) ne permet pas de trouver de solution pour maintenir l'agent dans son poste, plusieurs solutions peuvent être envisagées par le service RH.

Dans le cas spécifique d'un poste tremplin, si aucune des solutions proposées ne permet d'atteindre les objectifs professionnels, le service des RH s'engage à réévaluer la situation de l'agent pour lui trouver un poste plus adapté à ses compétences et à son état de santé. Cette flexibilité est cruciale pour garantir que l'agent puisse continuer à évoluer professionnellement tout en respectant ses limitations.

Dans le cas d'un poste reclassé, des formations complémentaires, un réaménagement des conditions de travail, ou encore une réévaluation des tâches assignées doivent d'abord être recherchées par la DRH. L'objectif est de trouver un compromis bénéfique à l'agent comme au service l'accueillant. En cas d'échec de ces recherches, si un nouveau poste réservé au reclassement est vacant et correspond aux inaptitudes de l'agent, la DRH peut l'y affecter sous les mêmes conditions de convention tripartite avec le cadre du service concerné. Il est à préciser que si l'agent conserve sa rémunération du grade antérieur, il ne conserve pas ses primes antérieures et celle de résultat est conditionnée à l'atteinte de ses objectifs dans son poste actuel et sont précisés en entretien d'évaluation et figurant sur la convention tripartite.

3.5. Des conditions de réussite nécessaires au bon déroulé de cette politique :

Pour que la politique de retour et de maintien dans l'emploi soit véritablement efficace, plusieurs conditions essentielles doivent être respectées :

3.5.1. Une diversité des postes réservés et une typologie de services concernés

Il est essentiel que les postes réservés et les postes tremplins ne soient pas limités à un seul métier ou concentrés dans un seul service. Une répartition équilibrée de ces postes dans différents services et métiers est nécessaire pour éviter toute surcharge de travail pesant sur les autres agents et pour préserver l'efficacité opérationnelle de chaque service. Le DRH du CHU X avertit ainsi sur la nécessité de ne pas concentrer la réserve de postes uniquement sur les postes du standard par exemple : *« C'est ce qu'on a eu et il y a des soucis de fonctionnements horaires notamment. Et les cadres se plaignent de ne pas avoir assez de qualifications dans certains services lorsqu'il n'y a quasiment que des agents reclassés. Il faut un mélange des deux pour que les postes reclassés puissent s'intégrer plus facilement au reste de l'équipe et pour que le service fonctionne quand même de manière efficace »*. Ces postes doivent être pensés de manière à s'intégrer naturellement dans l'organisation du service, en soutenant leur efficacité sans alourdir fortement les tâches des équipes en place.

3.5.2. Une solidarité interservices

Seule la solidarité entre les différents acteurs impliqués dans la procédure de recherche de postes en reclassement permettra le succès de ce dispositif. En plus des commissions de maintien dans l'emploi, un travail important sur les situations individuelles des personnels suppose une communication fluide entre le SST et le service RH. Il s'agit ainsi, d'axer une partie du travail sur les situations personnelles qui se présentent à la médecine du travail. Il peut en effet être pertinent que le service des RH ou le SST, tout en respectant le secret médical, puissent échanger sur les situations et les contextes de travail particuliers des agents en amont d'un entretien. Faciliter les échanges entre les deux services est donc primordial. Ils peuvent être avant chacun des entretiens des agents ou en aval. L'assistante sociale doit également être tenue informée des situations individuelles des agents, dans la limite du secret médical. Cela lui permettra d'ajuster les propositions d'aides sociales aux agents. Une consultation de la psychologue de l'établissement est également obligatoirement proposée. Sur la stratégie d'élaboration de la politique du retour et maintien dans l'emploi, le SST doit y être pleinement associé. Son expertise est indispensable pour évaluer les capacités des agents en tenant compte des divers profils et des besoins spécifiques auxquels il est confronté.

3.5.3. La question de l'intégration du service d'origine ou non pour un poste reclassé :

La question de l'intégration de son ancien service divise. Sur les entretiens menés, agents comme personnels travaillant pour la politique de retour et de maintien dans l'emploi ont des avis divergents. D'une part retourner dans son service d'origine peut être un confort

pour l'agent qui retrouve ses anciens collègues. Parce qu'ils savent qu'il est porteur d'un handicap qu'ils ont pu constater avant son absence, ses collègues peuvent être davantage compréhensifs et bienveillants à son retour. Certains agents reclassés ont confirmé leur déception de ne pas être revenu dans leur ancien service : *« J'aurais aimé retourner en X service parce que je connaissais mieux l'équipe »*. Dans de nouveaux services, le regard porté sur le handicap peut également générer des remarques, voire du harcèlement. Souvent perçu comme un collègue qui donne du travail en plus du fait de ses incapacités, son arrivée peut être mal accueillie. C'est ainsi qu'une des hôtelières témoigne : *« J'aurais préféré revenir dans mon ancien service. La première question qu'on m'a posée, c'est qu'est-ce que t'as comme maladie ? Puisqu'on ne la voyait pas physiquement. »*

Au contraire, un des inconvénients, notamment mis en avant par le SST, c'est le risque de réaliser des tâches déconseillées à l'état de santé de l'agent par habitude du fonctionnement du service. Le médecin du SST confirme : *« Le collègue qui dans l'urgence demande de l'aide à un autre qui est reclassé, parce qu'avant il effectuait ces tâches physiques-là, c'est classique. C'est ce qui est à craindre si l'agent revient dans son service »*. Certains agents reconnaissent ce risque : *« Ils m'auraient peut-être sollicité pour des tâches physiques oui, mais j'ai plus les mêmes capacités qu'avant, je peux plus porter du tout »*. Pour d'autre la reprise dans un autre service n'est pas un problème : *« L'équipe sait que j'ai un poste aménagé et que je ne peux pas. Je les cherche pour demander à l'AS de remonter patient. L'équipe est importante, ils savent. »*

3.5.4. La proposition systématique du statut RQTH :

Il est essentiel que les agents présentant des inaptitudes soient systématiquement informés de la possibilité de demander le statut de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH). Cette démarche, qui peut être initiée par le SST ou l'assistant social, offre une reconnaissance officielle des difficultés de l'agent et peut faciliter la mise en place d'aménagements adaptés à son poste de travail.

3.5.5. Une posture d'acteur de l'agent à initier mais avec un accompagnement soutenu :

Enfin, si la posture d'acteur de sa reprise par l'agent est essentielle, certains peuvent avoir besoin de plus de soutien et ont du mal à intégrer cette posture. En témoigne une hôtelière :

« Ce qui manque, au niveau DRH et ce qui me surprend c'est que les gens sont reclassés, il n'y sont pour rien. C'est une décision médicale. Mais on ne vous propose pas autre chose. C'est à vous de chercher ce qu'il est à faire. Mais on ne connaît pas ce qu'on peut faire d'autre à l'hôpital. On demande d'être acteur mais je ne savais pas quoi faire. »

L'autonomie est donc à encourager dans certains cas avec les agents les plus avancés

dans leur projet professionnel. L'accompagnement, psychologique, social et d'un conseiller professionnel s'avère plus que nécessaire pour les agents qui rencontrent des difficultés à adopter cette posture. Une attachée RH confirme *« il faut bien dire en entretien à l'agent que c'est sa carrière, et que ce n'est pas à l'employeur de trouver à sa place un nouveau poste sans qu'il n'y prenne part. Mais c'est compliqué pour des gens titulaires depuis 20 ans de quitter l'hôpital et il faut qu'ils prennent leur destin en main »*. Pour ce faire, un guide explicatif de la procédure de retour et maintien dans l'emploi permet d'aiguiller l'agent. Avant un entretien avec le service RH, afin d'être prêt à affiner son projet professionnel, une grille de questions préparatoires peut être remplie par ses soins.¹¹

3.6. Les limites des bénéfices du retour ou maintien dans l'emploi :

3.6.1. Des postes parfois insuffisamment adaptés aux inaptitudes des agents

Le retour à l'emploi sur des postes davantage adaptés aux agents faisant face à des problématiques de santé se veut être une amélioration de leurs conditions de travail correspondant à leur état de santé dégradé. Chacun des agents interrogés a confirmé l'intérêt de changer de postes pour faire face à leurs inaptitudes physiques. Cependant, la réalité de certains métiers hospitaliers ne permet pas toujours de respecter les restrictions physiques des agents. Les deux hôtelières, interrogées séparément ont chacune indiqué que, si la charge pondérale était moindre en comparaison de leur ancien métier d'AS, le métier d'hôtelier n'était pas pour autant dépourvu de toute charge physique. Dans les faits, l'une de leurs attributions est l'aide à la prise au repas des patients peu autonomes, l'alimentation étant impossible en position couchée. Les hôtelières, notamment celles affectées dans les services prenant en charge des personnes âgées ou avec de lourdes pathologies, sont souvent amenées à relever seules les patients qui n'ont pas la capacité de le faire. *« Porter les patients, après 13 ans de neuro, c'est vraiment difficile et physique, surtout avec des patients lourds, qui ont eu des AVC et donc de grosses incapacités »*. Un agent administratif des étages confirme : *« le poste hôtelier ce n'est pas un poste aménagé, il faut réinstaller la personne si elle est pas dans son lit, la charge est lourde... non je n'aurais pas pu faire ça »*. Une autre hôtelière confirme que *« Les gens ne voient pas qu'il faut aussi servir et faire la vaisselle »*. *« Je sers avec deux chariots, un devant un derrière et faut savoir s'organiser, et puis il y a l'eau à prendre de la fontaine. Avant j'arrivais à gérer mes packs d'eau et là il y a beaucoup de manipulations. Après je ne brancarde plus »*. *« Moi je pense que la charge de travail est plus intense et que les postes aménagés ne sont pas vraiment aménagés. On a la même charge que les autres. Et on a une quantité de choses : par exemple, un patient qui a oublié son sac avec des affaires personnelles, j'ai couru pour*

¹¹ CF Annexe 8

le rattraper jusqu'au parking pour lui amener. C'est 5 minutes par-ci par-là ,mais tu perds du temps dans ton organisation de travail et t'est complètement largué ».

L'agent administratif des étages ajoute que son poste n'est pas non plus complètement adapté à ses problématiques physiques : *« l'ergonome est passée pour monter un dossier pour que j'ai un fauteuil. Là je suis sur un tabouret. J'ai eu une souris ergonomique, et avant-hier j'ai eu un support pour élever le clavier mais qui n'est pas utile, c'est même plus compliqué. C'est déjà ça mais j'ai quand-même des douleurs au dos. Ça va faire deux ans que je suis sur ce poste... »*

Cette réalité confirme la nécessité de cartographier les postes à proposer aux agents en retour d'emploi selon la gradation de leurs charges physiques et mentales.

3.6.2. Un frein culturel autour de la santé des professionnels hospitaliers

La problématique de la santé des professionnels hospitaliers et plus précisément, le handicap reste un sujet tabou à l'heure actuelle. L'Observatoire démontre que souvent, les professionnels de santé ne se préoccupent pas suffisamment de leur santé, ce qui est en contradiction avec leur mission de prévention auprès des patients. Par exemple, 58% des agents effectuent les examens de dépistage du cancer et d'autres maladies mais 21% ne le font jamais. Prendre soin de leur propre santé reste encore difficile pour diverses raisons pour la majorité d'entre eux. En témoigne certains retours des personnels interrogés : *« J'avais mal mais je me disais ça va passer, et j'ai laissé traîner »*. Ce tabou de la maladie amène les agents à ne pas en informer leur encadrement. Selon un article Hospimédia, en 2023, seulement la moitié des salariés malades en France ont informé leur employeur ou supérieur hiérarchique de leur état de santé.

De plus, le regard porté sur le métier reclassé, par l'agent lui-même ou parfois par ses collègues est souvent honteux du fait de la diminution de ses capacités : *« J'avais un peu de fierté, quand c'était difficile j'allais pleurer au fond du couloir »*. Ce regard est pourtant majeur au sein d'un collectif et dans un métier où le sens au travail est fort. Sans ce changement culturel, les dépistages précoces de maladie, ou le repérage de troubles physiques ou psychologiques ne pourront se faire suffisamment en amont. De même, l'intégration d'agent porteurs de handicap pourrait s'avérer complexe.

La dégradation de la santé du personnel est un réel sujet qui doit amener les politiques de prévention à renforcer la prévention primaire et secondaire sur le sujet, et notamment sur la sensibilisation au handicap.

Conclusion

Pour tous les enjeux forts qu'elle recoupe, qu'ils soient l'amélioration de la santé des personnels et de leurs conditions de travail, financiers, RH, organisationnels, psychologiques ou de confiance à tisser entre les bénéficiaires et l'institution, la politique de retour et de maintien dans l'emploi fait désormais partie des priorités de gestion du personnel des établissements de santé. Face au taux d'absentéisme élevé de plus de 9%, et aux problématiques de santé croissantes au sein de la FPH, la procédure de reprise concerne de plus en plus d'agents. Les directions doivent donc se mettre au diapason de cet afflux important avec le souci de ne pas dégrader l'attractivité des professions hospitalières. De nombreuses problématiques dans l'organisations de cette politique sont néanmoins à constater, qu'il s'agisse de la connaissance des agents des démarches à réaliser, de la communication entre les acteurs hospitaliers ou de l'anticipation complexe des futurs postes à prévoir pour ces restrictions médicales. Or notre système de santé étant souvent identifié comme le responsable de l'émergence de ces soucis de santé, en particulier de l'usure professionnelle, il l'est également pour trouver des solutions de réintégration professionnelle des agents. De nombreuses initiatives organisationnelles commencent à voir le jour dans certains établissements et méritent d'être davantage développées et connues des services RH. C'est le cas de la solution de postes tremplins, de postes réservés ou encore d'une coordination et communication sans faille entre les acteurs hospitaliers, suivi d'un accompagnement adapté et individualisé pour chacun des agents. Bien que la responsabilité organisationnelle de cette politique pèse sur les établissements, une mobilisation plus forte de la part des pouvoirs publics permettrait d'en faciliter sa mise en place. Les évolutions législatives et l'intégration de cette réflexion dans les diverses politiques de ces dernières décennies furent bénéfiques aux organisations hospitalières et au personnel. Toutefois, par des directives d'actions plus concrètes, moins d'inégalités en matière de retour et de maintien dans l'emploi dépendantes des établissements de santé seraient constatées. Cela supposerait de mettre en place un dispositif de recensement systématique des reclassements et aménagements de postes pour plus de visibilité et d'harmonisation au niveau national. En définitive, si de nombreuses actions d'amélioration sont nécessaires pour que cette politique soit un succès, cette politique a pour heureuse essence de permettre aux agents inaptes de ne pas se retrouver sans poste du jour au lendemain. Comme le précise ainsi un des agents interrogés : « J'ai appris à connaître mon nouveau métier, et ça va très bien ! Heureusement qu'il y a des postes comme ça, je l'aime bien maintenant ! ». Force est de constater que la période industrielle sans possibilité de retour à l'emploi fait désormais partie du passé de l'histoire du travail en France. A l'avenir, de nouveaux métiers, notamment dans l'IA, pourraient voir le jour et faciliter les reconversions professionnelles des agents hospitaliers.

Bibliographie

Références juridiques (législatives, réglementaires) :

- 1) Décret n°89-376 du 8 juin 1989 relatif au reclassement des fonctionnaires hospitaliers reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions, modifié par le décret du 22 avril 2022.
- 2) Art. L. 1417-1, Chapitre VII, Article 79, Politique de prévention, loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- 3) Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail
- 4) Loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés
- 5) Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées
- 6) Loi n° 82-689 du 4 août 1982, relative aux libertés des travailleurs dans l'entreprise
- 7) Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires
- 8) Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- 9) Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés
- 10) Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- 11) Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique
- 12) Décret n° 2021-612 du 18 mai 2021 instituant une période de préparation au reclassement au profit des fonctionnaires hospitaliers

- 13) Décret n° 2022-630 du 22 avril 2022 relatif au reclassement
- 14) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
- 15) Art L. 411-1 du Code du travail
- 16) Décret n° 2002-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques
- 17) Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relative à la fonction publique hospitalière
- 18) Article 2-1, Décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique
- 19) Article L. 4121-1 Code du travail
- 20) Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière
- 21) Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- 22) Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016, art. 102
- 23) Art. L.822-1 CGFP
- 24) Art L. 822-12, CGFP
- 25) Art. 822-22 du CGFP
- 26) Décret n° 2022-351 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la fonction publique hospitalière
- 27) Art. R.4626-17 du Code du travail
- 28) Art L. 4624-3 et suiv. du Code du travail
- 29) Art L.823-1 CGFP

30) Ordonnance n°2020-1447 du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique

31) Décret n° 2021-996 du 28 juillet 2021 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique hospitalière

32) Art L. 826-1 CGFP

33) Ordonnance n° 2021-1574 du 24 novembre 2021 portant partie législative du CGFP

34) Art. L.826-3 CGFP

35) Article 2 al. 1er du décret n°89-376 du 8 juin 1989 relatif au reclassement des fonctionnaires hospitaliers reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions.

Jurisprudences :

1) Cour administrative d'appel de Nantes, 18 octobre 2019, n° 18NT00580

2) Tribunal administratif de Lyon, 9^{ème} chambre, 19 mars 2024, n° 2203135

3) Cour de cassation, 29 mars 2023, n°21-15.472

4) Conseil d'Etat, 19 mai 2017, n° 397577

5) Cour administrative d'appel de Versailles. 4^{ème} Chambre, 7 novembre 2017 n°16VE00373

6) Tribunal administratif de Rouen, 16 décembre 2022, n° 2204813

7) Conseil d'Etat, 2 septembre 2009, CH de Versailles, n°307321

8) CAA Bordeaux, 31 janvier 2022 n° 19BX03136

Rapports publics :

- 1) Cour des comptes. (Juin 2021). « La rémunération des agents publics en arrêt maladie ».
- 2) HAS. (Février 2019). « Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs ».
- 3) DREES. (2005). Revue française des affaires sociales, « Politiques en faveur des personnes handicapées ». P.229.
- 4) IGAS. (Décembre 2021). « Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé ».
- 5) DREES. (Décembre 2023). « Etudes et résultats, L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 11,8 ans pour les femmes et de 10,2 ans pour les hommes en 2022 ».
- 6) Santé Publique France. (Novembre 2022). « Enjeux sanitaires de l'avancée en âge, Épidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et surveillance de leurs déterminants à mi-vie ».
- 7) ANACT. (9 novembre 2021). Cahier de l'Anact n°1, « Prévenir la désinsertion professionnelle, fact ».
- 8) FABRE M., OLIVIA T., RUBINS J., Insee. (29 juin 2023). « Une actualisation des projections de la population active tenant compte de la réforme des retraites de 2023 ».
- 9) Agefiph. (2023) « Emploi et chômage des personnes handicapées », Observatoire de l'emploi et du handicap, Tableau de bord, 1e semestre 2023
- 10) DGAFP. (2023). « Chiffres clés dans la fonction publique hospitalière », édition 2023.
- 11) Enquête, Observatoire MNH. (octobre 2023) vague 3 « Etat de santé des soignants et des personnels hospitaliers », Odoxa pour la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH) et Le Figaro Santé, avec le concours scientifique de la Chaire Santé de

Sciences Po.

- 12) Observatoire MNH (septembre 2022). Vague 2 « Etat de santé des soignants et des personnels hospitaliers » Une enquête Odoxa pour la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH) et Le Figaro Santé, avec le concours scientifique de la Chaire Santé de Sciences Po.
- 13) Comité d'éthique de la FHF. (24 janvier 2023). Résultat de l'enquête « Prendre soin des professionnels de santé ». https://www.fhf.fr/sites/default/files/2023-02/FHF_R%C3%A9sultats_enqu%C3%AAtes_RH_janvier2023.pdf
- 14) HAS. (17 novembre 2022). « Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé ».
- 15) ADSP n° 110, actualité et dossier en santé publique. (Mars 2020). « Prendre soin des professionnels de santé ».
- 16) Ministère de la Santé et de la prévention. (9 octobre 2023). « Rapport sur la santé des professionnels de santé ».
- 17) INSEE. (2021). « Enquête Emploi continu ».
- 18) Ministère de la Transformation et de la fonction publiques. (Edition 2023). « Rapport annuel sur l'état de la fonction publique ».
- 19) FHF (24 janvier 2023). « Prendre soin des professionnels de santé ».
- 20) MNH Odoxa. (19 mai 2022). « Baromètre social »
- 21) Ministère de la Transformation et de la fonction publiques. (Edition 2023). « Rapport annuel sur l'état de la fonction publique ».
- 22) Cour des comptes. (Septembre 2021). « La rémunération des agents publics en arrêt maladie ».
- 23) RELYENS. (2 juillet 2021). « Coût des absences au travail pour raison de santé ».

Ouvrage :

- 1) LUCAS, A. (septembre 2022), Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, 19ème édition mise à jour du 30 septembre 2022, sous la direction de André Lucas, Presses de l'EHESP.

Articles scientifiques :

- 2) AMYING et AG2R LA MONDIALE. (2023). « 16ème baromètre de l'absentéisme et de l'engagement ».
- 3) AIKEN LH, CLARKE SP, SLOANE DM, SOCHALSKI J, SILBER JH. (2002). « Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction ». JAMA, 288(16):1987-93.
- 4) KANE RL, SHAMLIYAN T, MUELLER C, DUVAL S, WILT TJ. (2007) « Nurse staffing and quality of patient care ». Evid Rep Technol Assess (Full Rep) ; (151):1-115.
- 5) KAIER K, MUTTERS NT, FRANK U. (2012) « Bed occupancy rates and hospital-acquired infections - should beds be kept empty ? » Clin Microbiol Infect 2012;18:941-45.
- 6) THOUROUDE L. (2024) « L'entre deux comme posture professionnelle en éducation et formation », Revue Phronesis (Vol.13), pages 160 à 172, GUIRIMAND N, DAL M. « Accompagner la bifurcation professionnelle subie suite à l'apparition d'un handicap : les enjeux de la posture d'entre-deux des professionnels de l'accompagnement à l'emploi ».
- 7) NEGRONI C. et MAZADE O. (2019). « Entre contrainte et choix, regards sur les reconversions professionnelles subies et les reconversions professionnelles volontaires ».
- 8) BUSTANY P. (2012). « Neurobiologie de la résilience », « Résilience », page 45-64, CYRULNIK B. JORLAND G. « Résilience, connaissances de base » JACOB O.
- 9) SIBONY D. (1991) « Entre-Deux. L'origine en partage », page 25.
- 10) NORTHOUSE PG. (2018). « Leadership. Theory and practice ». Washington: Sage

Publishing.

- 11) HAS. (Novembre 2022). « Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé ».

Articles de presses :

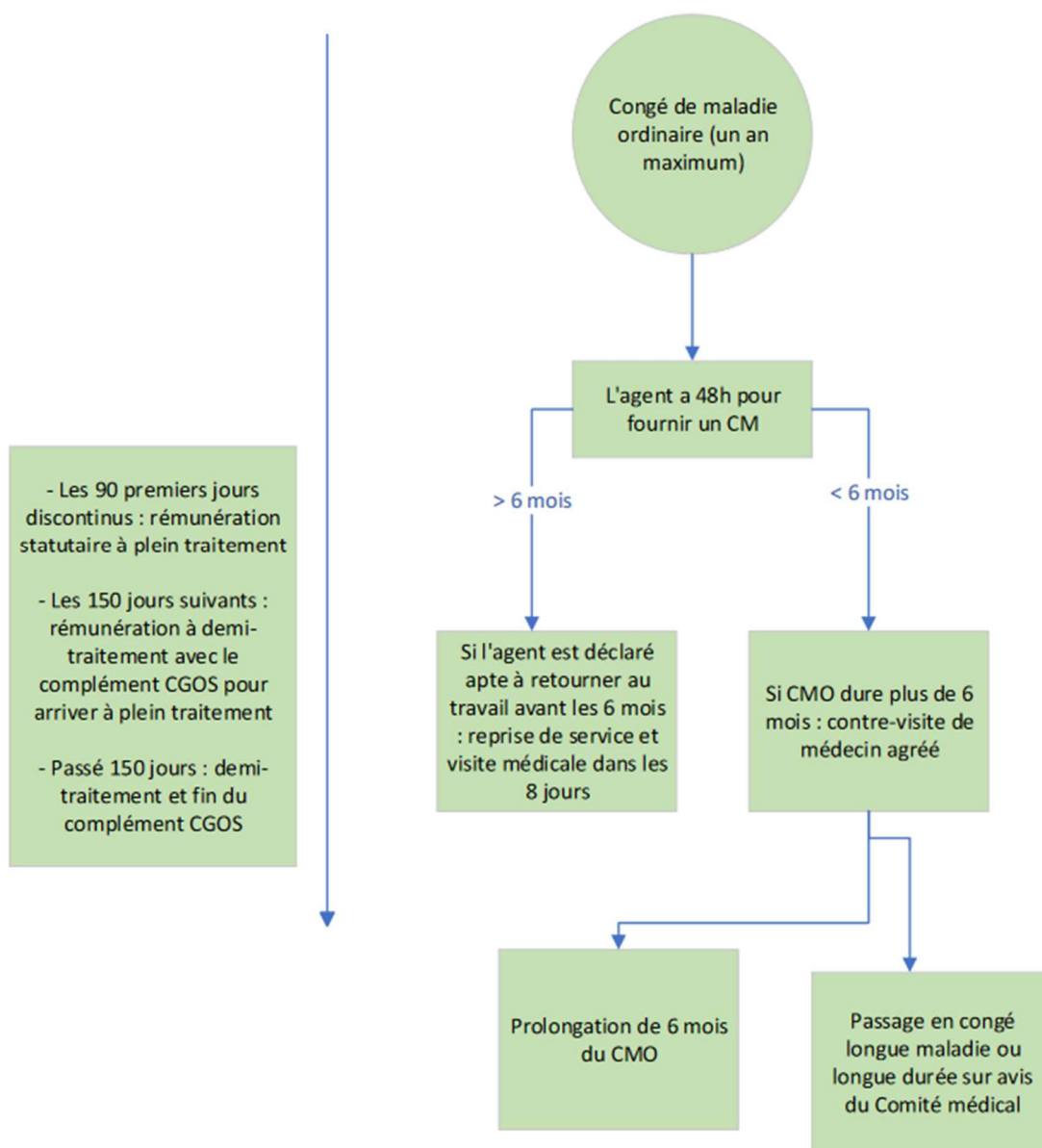
- 1) Hospimedia. (20 septembre 2024). « Peu d'évolution au cours de ces trois dernières années, baromètre des états hospitaliers ».
- 2) Hospimedia. (28 février 2024). « 43% des malades chroniques ont vécu au moins une situation de discrimination au travail ».
- 3) Hospimédia. (21 mars 2024). « Le CHU de Lille se dote de son propre conseil médical ».
- 4) Hospimédia. DEBACKER P. (28 avril 2023). « 43% des malades chroniques ont vécu au moins une situation de discrimination au travail, 28/04/2023 »

Liste des annexes

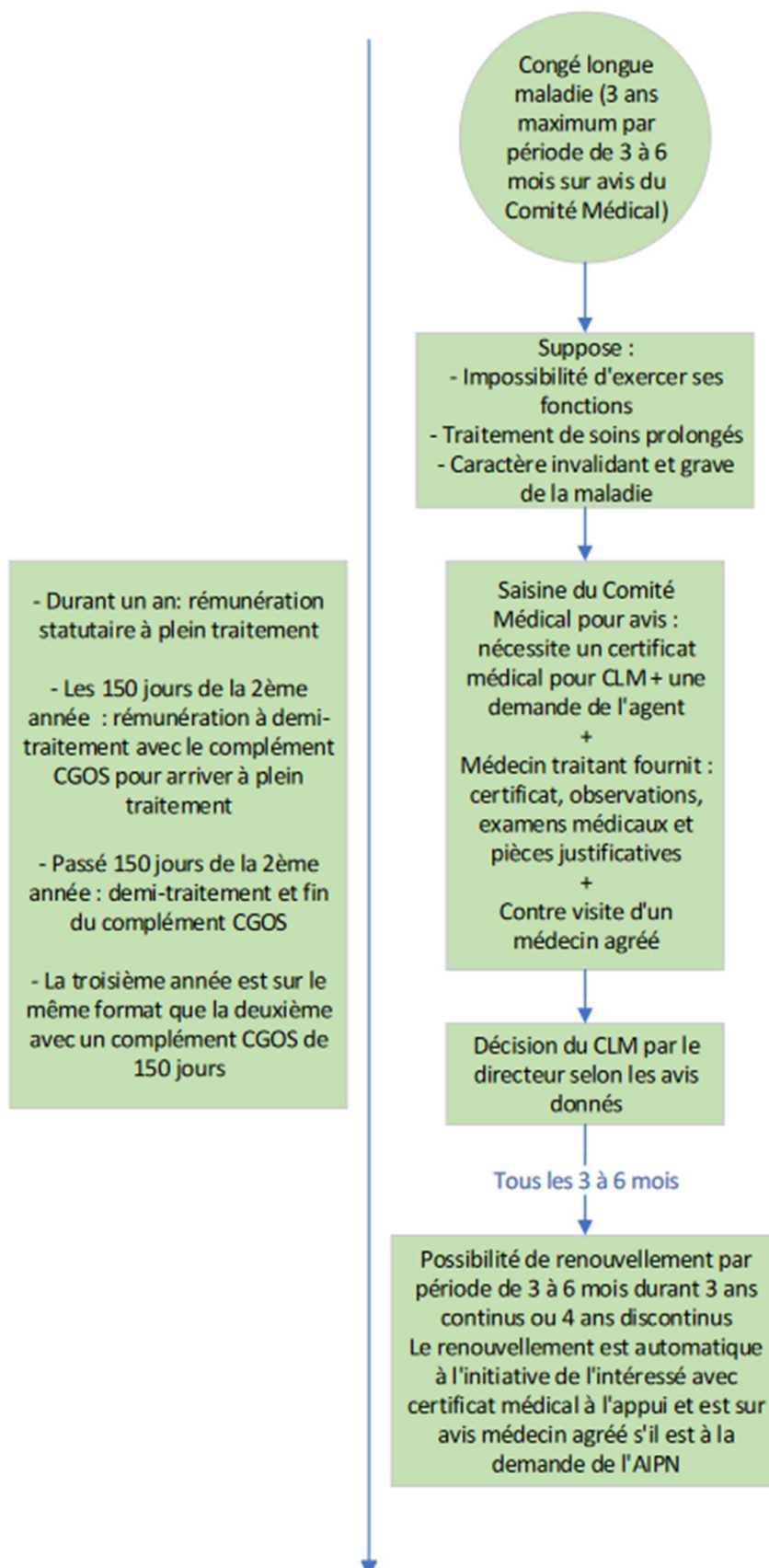
Annexe 0 : Questionnaire d'interrogations aux agents sur un poste aménagé ou reclassé

- Quelles sont vos fonctions actuelles, et votre service, vos fonctions antérieures et service ?
- Bénéficiez-vous d'un aménagement de poste en plus du reclassement ?
- Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel : notamment ancienneté dans l'établissement de santé, la durée dans les différents services ?
- Avez-vous été longtemps en arrêt/congé maladie ?
- Existe-t-il un lien entre votre travail et votre maladie ?
- Quels ont été les impacts de cet arrêt sur votre vie professionnelle et quotidienne (notamment un isolement social) ?
- Quelles étaient les difficultés rencontrées dans votre ancien poste ?
- Pouvez-vous décrire les étapes de votre reclassement, le temps que cela a pris ?
- Quels entretiens avez-vous eus, quels acteurs avez-vous rencontré ?
- Avez-vous eu des difficultés à comprendre le processus de reclassement, à réaliser les démarches ?
- Avez-vous toujours gardé un contact durant votre congé ou la période de reclassement ? Vous êtes-vous senti suffisamment accompagné et par qui ?
- Avez-vous pu bénéficier de la RQTH ? D'une PPR ?
- Avez-vous compris facilement le processus de reclassement ?
- Avez-vous pu faire le deuil de votre ancienne profession, notamment en étant accompagné par un psychologue ?
- Quels freins avez-vous pu rencontrer durant cette période ?
- Avez-vous pu bénéficier d'un entretien de pré-reprise ?
- Avez-vous rencontré des difficultés durant votre reprise ou l'accompagnement était suffisant ?
- Comment vous sentez vous dans le poste que vous occupez actuellement ? est-il adapté par rapport à votre maladie/pathologie ?
- Etes-vous satisfait de l'accompagnement reçu par votre médecin traitant ? la médecine du travail ? la DRH ? votre encadrement ?
- Les informations reçues par les différents intervenants vous semblaient elles complètes, adaptées à votre situation, cohérentes entre elles ?
- Auriez-vous des propositions à faire pour améliorer l'accompagnement des personnes en arrêt de travail au sein du CH ?

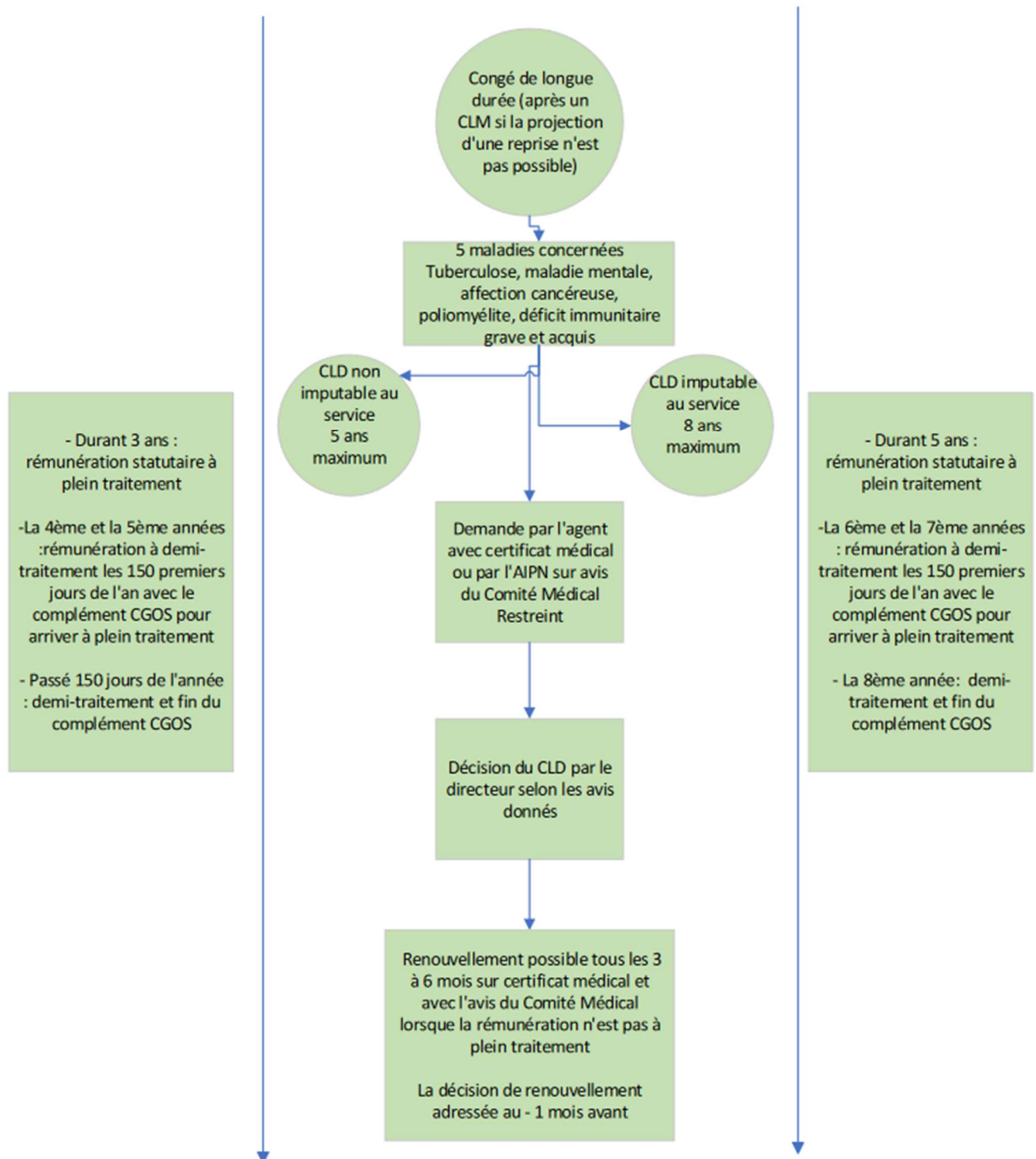
Annexe 1 : Logigramme des étapes du congé de maladie ordinaire (CMO)



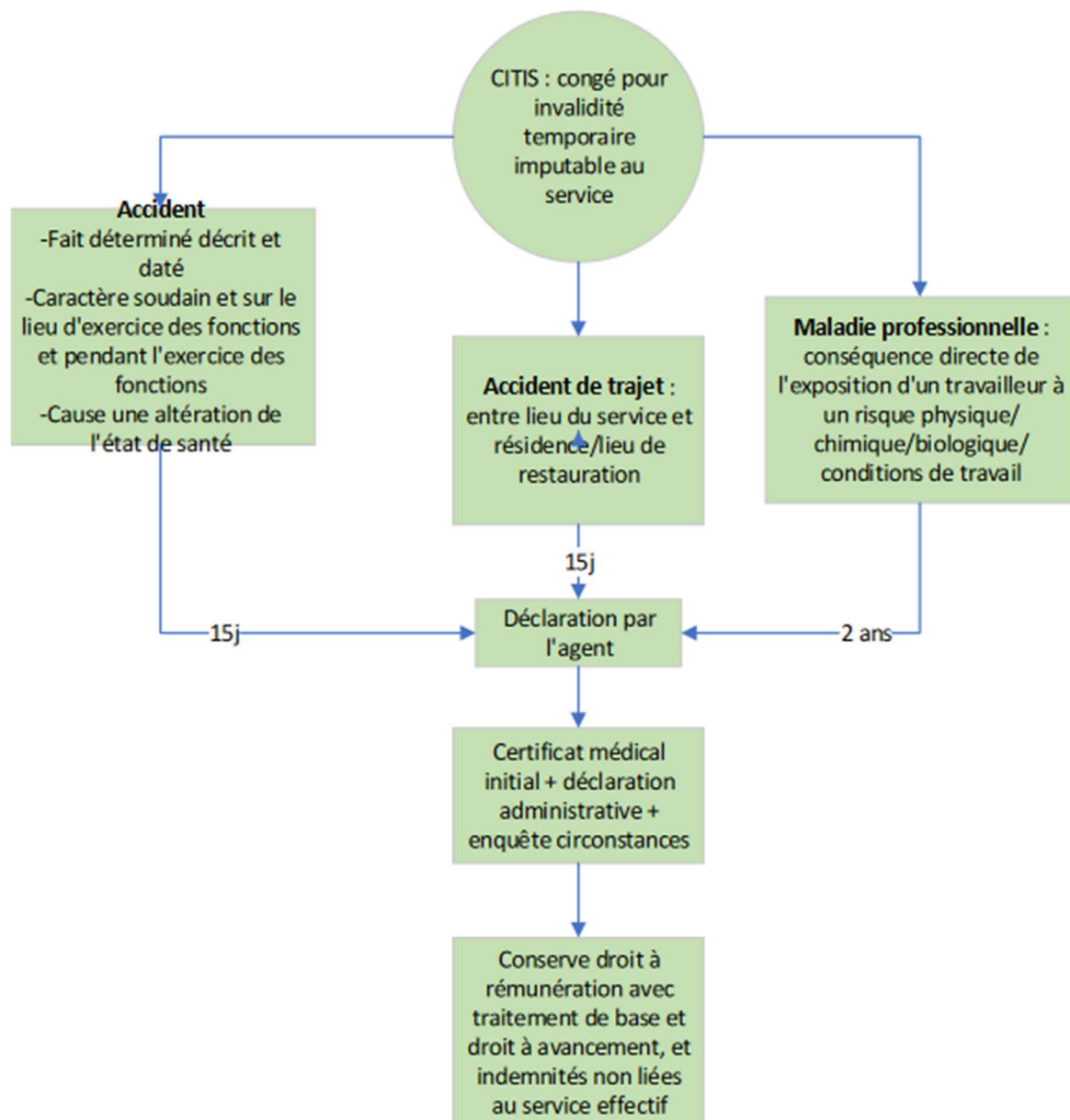
Annexe 2 : Logigramme des étapes du congé de longue maladie (CLM)



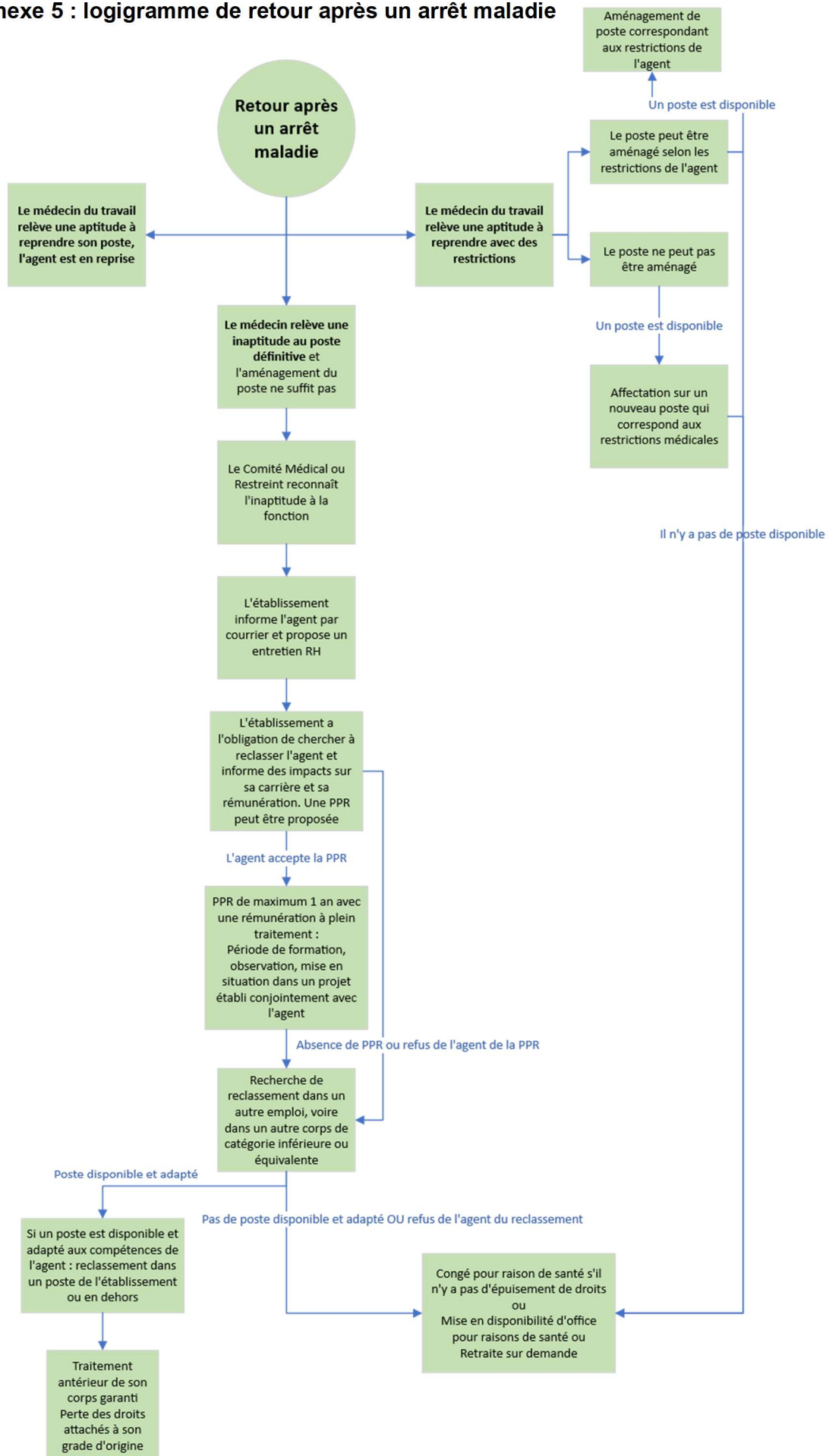
Annexe 3 : logigramme des étapes du congé de longue durée (CLD)



Annexe 4 : logigramme des étapes du congé pour invalidité temporaire imputable au service



Annexe 5 : logigramme de retour après un arrêt maladie



Annexe 6 : Convention type n°1 : convention d'une période de préparation au reclassement

Nom

Prénom

Âge

Fonction

Mail

Numéro de téléphone

Rappel : la PPR ne peut dépasser une période de 12 mois durant lesquels l'agent conserve sa rémunération.

Service de la PPR :

Contenu de la PPR (formation, observation, mise en situation etc.) :

Objectifs à atteindre par l'agent à l'issue de cette PPR :

Date de début de la PPR :

Date de fin de la PPR :

Fait à

Le

Signature du directeur des ressources humaines

Signature de l'agent

Signature du cadre de santé

Annexe 7 : exemples de sensibilisations ludiques des agents hospitaliers

- Jeu « à la découverte des handicaps invisibles » par le FIPHFP à destination des encadrements accueillant des PSH (<https://www.fiphfp.fr/actualites-et-evenements/actualites/seeph-2021-jeu-a-la-decouverte-des-handicaps-invisibles>)
- Vidéo à diffuser aux cadres et aux agents concernés sur le retour et maintien dans l'emploi : https://www.youtube.com/watch?v=Bj08l7mO_w
- Vidéo à diffuser aux agents sur les retours d'expérience de parcours maintien dans l'emploi : <https://www.youtube.com/watch?v=ips7PJpdKnl>
- Réaliser des vidéos d'information à diffuser en interne ou en externe sur le retour et maintien dans l'emploi, sur le modèle de la minute RH du CHRU de Tours : <https://www.youtube.com/watch?v=HPA64KH0D8E&list=PLbCMOyoKOOaF5JXsKxkPU6zduLTDK9QAO&index=15>
- BD humoristiques réalisées à l'issue de la recherche « Travailleurs handicapés : perceptions des risques, santé au travail et parcours professionnels, ORS BFC, FIRA, Agefiph : <https://www.firah.org/fr/th--risques-sante-et-parcours-professionnels.html>
- SantéBD : <https://santebd.org/>

Annexe 8 : grille de préparation du rendez-vous avec le service RH à remplir par l'agent en pour une reprise de fonction



Grilles de préparation pour mon rendez-vous avec le service des ressources humaines :

Avant une réunion avec le service RH : quelques questions pour m'aider à me préparer	Oui	No n
Est-ce que j'ai identifié les attentes et besoins vis-à-vis de cette rencontre ? Lesquelles (d'informations sur ma situation, besoin de formations, besoin de bilan de compétences etc.) ?		
Est-ce que je sais ce qui est attendu de ma part vis-à-vis cette rencontre ?		
Est-ce que je sais quels sujets seront abordés (simple prise d'informations sur ma situation professionnelle et personnelle, reprise dans mon poste, aménagement de poste, reclassement dans un autre poste etc.) ?		

Est-ce que je sais quels sont mes objectifs professionnels, ceux que je souhaite présenter au service RH ?		
Ai-je fait un bilan de mes capacités professionnelles que je souhaite mettre en avant pour des recherches de poste ?		
Quels sont les éléments que je souhaite aborder s'il y a lieu ?		
Ma rencontre sera un succès si...		

DEBALME	Cécile	Octobre 2024
Directeur d'hôpital Promotion 2023-2024		
Quelle organisation institutionnelle de demain pour une politique de retour et de maintien dans l'emploi adaptée à l'état de santé en dégradation des personnels hospitaliers ?		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Rennes		
Résumé : Peu développée les siècles passés, la préoccupation de la santé des professionnels est devenue aujourd'hui un sujet incontournable des organisations de travail. Dans nos hôpitaux français, où les conditions de travail éprouvantes engendrent une usure professionnelle significative, le principe de « prendre soin de nos soignant » prend tout son sens, particulièrement dans un contexte marqué par l'absentéisme croissant et d'une baisse d'attractivité des métiers hospitalières. Accompagner les agents dans leur retour ou leur maintien dans l'emploi est désormais une nécessité impérieuse pour nos organisations hospitalière, bien que ce soit un défi de taille. Qu'il s'agisse de l'adaptation de postes ou du reclassement, la pénurie de postes vacants adaptés aux incapacités déclarées et l'augmentation des demandes de réintégration après un congé maladie, souvent accompagnées d'inaptitudes physiques ou mentales, compliquent considérablement les démarches de reconversion professionnelle. Encadrée par une réglementation exigeante, les DRH et les SST sont contraints de s'adapter à cette politique, tout en faisant preuve d'anticipation et de flexibilité pour accompagner au mieux chaque situation individuelle. Plusieurs initiatives émergent dans les établissements de santé, telles que les postes dits tremplins ou les postes réservés, des actions de préventions ciblées et une collaboration pluridisciplinaire entre les acteurs institutionnels. Faciliter la reprise des agents tout en les impliquant activement dans leur projet professionnel est un objectif ambitieux mais réalisable, à condition de détenir une stratégie organisationnelle rôdée et soutenue par l'adhésion des professionnels hospitaliers.		
Mots clés : Retour et maintien dans l'emploi – ressources humaines – santé – accompagnement-conditions de travail – qualité de vie au travail (QVT)- reclassement – aménagement de poste - handicap – sensibilisation- conduite du changement – directeur d'hôpital		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		