



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2008**

Date du jury : **septembre 2008**

**La gestion des postes aménagés :
une politique de promotion de la santé
au travail**

Marie Thérèse GANTNER

Remerciements

Je remercie :

- l'ensemble des personnes qui ont bien voulu se prêter au jeu de l'entretien, et pour la richesse des propos recueillis

- mes amies proches Karine et Chantal

Un merci particulier à Dominique pour son soutien et à mes filles Laure et Doriane pour leur enthousiasme.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 1 |
| 1. Le contexte | 3 |
| 1.1 Le cadre législatif..... | 3 |
| 1.1.1 Le statut des fonctionnaires | 3 |
| 1.1.2 Les inaptitudes pour des raisons médicales dans la fonction publique hospitalières | 4 |
| 1.1.3 La médecine du travail..... | 6 |
| 1.1.4 Le Plan Santé au Travail 2005 – 2009..... | 8 |
| 1.2 Les dispositifs institutionnels | 9 |
| 1.2.1 Les postes aménagés..... | 9 |
| 1.2.2 La commission de réforme..... | 10 |
| 1.2.3 Les Maladies professionnelles et les Accidents du travail | 10 |
| 1.3 Le questionnement et la présentation de la méthodologie | 12 |
| 1.3.1 La question | 12 |
| 1.3.2 Les hypothèses..... | 13 |
| 1.3.3 La présentation de la méthode d'investigation..... | 13 |
| 2. Analyse des entretiens | 15 |
| 2.1 Analyse par établissement..... | 15 |
| 2.2 Les résultats de l'analyse croisée..... | 18 |
| 2.3 La confrontation de l'analyse aux hypothèses | 19 |

| | |
|--|-----------|
| 3. Les propositions d'actions pouvant être mises en œuvre par le Directeur des soins..... | 21 |
| 3.1 L'implication du Directeur des soins dans les instances institutionnelles .. | 21 |
| 3.1.1 Le projet social | 21 |
| 3.1.2 Le PRACT : le Projet d'Amélioration des Conditions de Travail..... | 22 |
| 3.1.3 La GPEC : La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences | 23 |
| 3.1.4 La commission de reclassement | 24 |
| 3.1.5 La formation continue | 25 |
| 3.1.6 La formation initiale | 25 |
| 3.2 La responsabilité spécifique du Directeur des soins | 26 |
| 3.2.1 La collaboration avec l'encadrement | 27 |
| 3.2.2 L'organisation des services | 27 |
| 3.2.3 L'amélioration des conditions de travail et la gestion des risques professionnels | 28 |
| 3.2.4 La Commission des Soins Infirmiers, Médico-Techniques et de Rééducation : la CSIMTR..... | 30 |
| 3.2.5 Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique | 30 |
| 3.3 L'évaluation des actions mises en oeuvre..... | 31 |
| Conclusion..... | 33 |
| Sources et Bibliographie | 35 |

Liste des sigles utilisés

| | |
|--------|--|
| CLACT | Contrats Locaux d'Amélioration des conditions de travail |
| CHSCT | Comité d'hygiène de Sécurité et de Condition de Travail |
| CSIMTR | Commission des Soins Infirmiers, Médico-Techniques et de Rééducation |
| CTE | Comité Technique d'Etablissement |
| DRH | Direction des Ressources Humaines |
| DS | Direction des Soins |
| FPH | Fonction Publique Hospitalière |
| PRACT | Projet d'Amélioration des Conditions de Travail |
| T2A | Tarifification à l'Activité |

Introduction

Est présumée d'origine professionnelle, toute maladie inscrite dans l'un des tableaux de maladie professionnelle, prévus à l'article R.461-3 du Code de la sécurité sociale, et contractée dans les conditions mentionnées dans le tableau concerné. En 2001, les maladies professionnelles ont été au nombre de 34517 soit plus de 152 % en 5 ans (1996), entraînant 24220 incapacités permanentes (+139%) et 318 décès (+231%).

Dans ce contexte, pour 5% agents suivis par la médecine du travail, l'aptitude à occuper leur poste de travail se pose des, la fonction publique hospitalière se situe dans la même proportion¹. Le choix de traiter le thème de la gestion des postes aménagés pour les personnes en difficulté, s'appuie sur une problématique rencontrée lors de notre parcours professionnel, que ce soit en tant qu'infirmière, cadre de santé ou cadre supérieur de santé responsable de pôle. Notre regard a été différent suivant la fonction que nous occupions.

Le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière précise dans son article 4,

alinéa 4 : « *le directeur des soins participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation* ».

Le directeur des soins, propose l'affectation des agents et est responsable de la qualité des soins. La problématique concernant l'affectation des agents en difficulté physique et/ou psychique, est dès lors un sujet d'actualité auquel il faudra être attentif. Il faut réussir à intégrer des personnes en postes aménagés dans des équipes à effectifs restreints sans majoration de l'effectif dédié. En d'autre terme comment faire accepter par l'équipe, qu'un professionnel occupe une place avec des restrictions, et sans être remplacé ?

Il s'agit de préserver l'efficacité des organisations de travail, de motiver et d'impliquer les soignants quelles que soient leurs aptitudes ou inaptitudes. Le directeur des soins est responsable de 77% des effectifs non médicaux.² Dans ce sens, il se doit d'impliquer l'encadrement dans cette réflexion. C'est une problématique rencontrée par les cadres, et en situation de restriction budgétaire, il est important d'identifier dans les différents services les postes aménageables à contraintes limitées pouvant être attribués de manière temporaire à des agents en difficulté physique et/ou psychique.

En fin de travail, nous souhaitons trouver des modes d'organisation et de fonctionnement, visant une articulation entre le terrain et la direction (faire le lien entre la santé et la

¹ Bilan 1998 de la médecine du travail : sources du ministère de l'emploi et de la solidarité

² Observatoire de l'emploi public (2003), filières soignantes et médico-techniques

gestion). Nous envisageons de construire une organisation de travail qui vise à promouvoir le respect de la santé des personnes.

Jusqu'à ces dernières années, les agents en difficulté pouvaient occuper des postes de travail de manière ponctuelle ou à long terme avec création ou aménagement d'un poste sur « mesure ». Ils étaient affectés et « tolérés » en sureffectif. C'était un traitement de faveur accordé par la direction, possible en son temps puisque les hôpitaux n'étaient pas soumis aux mêmes contraintes budgétaires.

Depuis les ordonnances de 1996 et l'ordonnance n°2005 – 406 du 02 mai 2005³, il s'agit d'adapter la gestion des ressources à la nouvelle gouvernance et la mise en place des pôles d'activité.

Le poids financier concernant les dépenses pour la rémunération du personnel est le plus important dans le budget de l'hôpital, il concerne 70 % des charges. La gestion des ressources humaines est ainsi primordiale.

L'absentéisme du personnel engendre un coût et une difficulté d'organisation des services de soins :

- pour une courte durée, le remplacement se fait souvent en interne suivant les spécialités,
- pour une longue durée, il est fait appel à l'équipe de remplacement si elle existe, ce qui sous tend une anticipation de gestion. Avec la mise en place des pôles, la mutualisation des ressources humaines engendre également un remplacement en interne.

Après une absence de plus ou moins longue durée, le médecin du travail émet pour certains agents des restrictions soit physiques, soit psychiques, soit les deux.

La médecine de travail et /ou le comité médical demandent de modifier les conditions de travail, par un allègement, une adaptation, voire une reconversion ou un reclassement.

Nous souhaitons mener une réflexion en ce sens pour répondre à un questionnaire relatif à la situation des agents en difficulté qui nécessitent une reprise dans la dynamique de travail.

Dans une première partie nous présenterons le cadre contextuel. La deuxième partie décrira la méthodologie utilisée, la présentation de l'enquête et l'analyse des résultats. Enfin, la troisième partie sera consacrée aux propositions d'actions et aux enseignements pour notre fonction de directeur des soins.

³ Ordonnance n°2005 – 406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

1. Le contexte

1.1 Le cadre législatif

1.1.1 Le statut des fonctionnaires

Les agents de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) bénéficient de droits spécifiques à leur statut, elle concerne 856 017 agents (ne sont pas concernés les médecins, les biologistes, les pharmaciens et les orthodontistes) dont 79% de femmes⁴.

La FPH définie par la loi du 09 janvier 1986⁵, garantit l'emploi aux agents.

C'est une administration de carrière. Elle est organisée pour recruter les agents selon le « talent » et la « méritocratie », en fonction des concours, dans la perspective de leur confier, durant la totalité de leurs activités professionnelles, des fonctions ou des emplois successifs, définis par le statut du corps. La carrière du fonctionnaire se déroule à l'intérieur du corps. L'employeur a la responsabilité de proposer des postes de travail en adéquation avec les capacités des personnes et en fonction de leur grade.

Selon son parcours professionnel, il peut néanmoins en changer. Il progresse en échelon et en grade. Les fonctionnaires ne sont pas sous contrat, ils sont gérés par les dispositions de la loi et du règlement.

Les fonctionnaires bénéficient de la garantie de l'emploi. Le licenciement existe mais requiert des conditions extrêmes. La responsabilité propre de l'agent doit être engagée ou une insuffisance professionnelle avérée doit être signifiée. Dans tous les cas, la procédure de licenciement est très longue. D'autres mesures sont possibles comme le blocage d'avancement, une sanction dans le déroulement de carrière ou allant même jusqu'à la rétrogradation.

Le directeur de l'établissement peut affecter un agent sur un autre emploi qui soit distinct de son grade, ceci s'applique dans le cas où il est nécessaire de trouver une adéquation entre le poste de travail et son état de santé. Quel que soit son emploi, il conserve son grade et sa rémunération, y compris pour un changement de corps dans le cadre d'un reclassement en raison d'inaptitudes pour raisons médicales. L'exemple que l'on retrouve régulièrement, est le cas de l'aide-soignante qui occupe un poste d'agent administratif ou d'hôtesse d'accueil.

⁴ Faits et Chiffres : Observatoire de l'emploi public – rapport annuel 2004-2005 (effectif 2003)
www.fonction-publique.gouv.fr

⁵ Loi n°86-33 du 09 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction Publique Hospitalière

1.1.2 Les inaptitudes pour des raisons médicales dans la fonction publique hospitalières

La loi du 09 janvier 1986 dans sa section 3 du chapitre V, prévoit aux articles 71 à 76 un reclassement pour raison de santé :

« Lorsque les fonctionnaires sont reconnus, par la suite d'altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leurs fonctions, le poste de travail auquel ils sont affectés est adapté à leur état physique. Lorsque l'adaptation du poste de travail n'est possible, ces fonctionnaires peuvent être reclassés dans des emplois d'un autre corps, s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes. Le reclassement est subordonné à la présentation d'une demande par l'intéressé. ».

Les reclassements définitifs se font à la demande de l'agent et sur avis du comité médical.

La volonté du législateur est de marquer l'adaptation du poste, c'est-à-dire le poste aménagé, par rapport au reclassement.

Le décret d'application du 08 juin 1989⁶ dans la section sociale du Conseil d'Etat donne une définition juridique du poste aménagé.

Dans l'article premier, il précise :

« Lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure d'exercer ses fonctions, de façon temporaire ou permanente, et si les nécessités du service ne permettent pas un aménagement des conditions de travail, l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis du médecin du travail, dans l'hypothèse où l'état du fonctionnaire n'a pas nécessité l'octroi d'un congé maladie, ou du comité médical, si tel congé a été accordé, peut affecter ce fonctionnaire dans un poste de travail correspondant à son grade dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre à l'intéressé d'assurer ses fonctions. ».

Ainsi, il est demandé au service dont est issu le professionnel, les possibilités d'aménagement de poste pour l'agent ayant des difficultés temporaires. Si ce n'est pas possible, un avis médical est demandé pour envisager un changement de poste.

⁶ Décret n°89-376 du 08 juin 1989 relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé

Un reclassement est également prévu par le décret du 08 juin 1989 dans son article deux. Il est prévu :

« Dans le cas où l'état physique d'un fonctionnaire, sans lui interdire d'exercer toute activité, ne lui permet pas de remplir les fonctions correspondantes aux emplois de son grade, l'intéressé peut présenter une demande de reclassement dans un emploi relevant d'un autre grade de son corps ou dans un emploi relevant d'un autre corps. L'autorité investie du pouvoir de nomination recueille l'avis du comité médical départemental. »

L'article trois de ce décret précise également :

« le fonctionnaire qui a présenté une demande de reclassement dans un emploi d'un corps différent de celui auquel il appartient peut être détaché dans ce nouveau corps si ce dernier est de niveau équivalent ou inférieur à son corps d'origine. Le fonctionnaire détaché dans un corps hiérarchiquement inférieur {...} conserve à titre personnel l'indice détenu dans son corps d'origine ».

Le détachement n'est pas toujours définitif. Il est accordé pour une période d'un an (article 73 du statut des fonctionnaires). Une évaluation de l'inaptitude au poste d'origine est réalisée. A l'issue de cette période, si l'agent est reconnu apte, il peut réintégrer son grade et son corps d'origine. Dans certaines situations de désaccord, l'agent peut saisir le comité départemental. Celui-ci est chargé en vertu du décret du 27 novembre 2006⁷ de donner un avis à l'autorité compétente sur les contestations d'ordre médical, notamment en ce qui concerne la réintégration à l'issue de congés maladie. Un recours au comité médical supérieur prévu à l'article 8 du décret du 14 mars 1986, peut être fait pour avoir un autre avis. Le directeur n'est pas tenu de suivre ces avis, néanmoins il doit en tenir compte dans la décision finale.

Seul le médecin du travail de l'établissement donne les avis d'aptitude et d'inaptitude au poste de travail. La fiche des avis d'aptitude ou d'inaptitude est définie par l'arrêté du 11 juin 1990⁸.

L'article premier précise que :

« la fiche d'aptitude établie par le médecin du travail après chaque examen en application de l'article R.242-23 comporte les indications suivantes : les conclusions de l'examen, les contre-indications ou recommandations concernant l'affectation éventuelle à certains postes de travail ».

⁷ Décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitudes physique et aux congés de maladie des agents de la FPH, modifié par Décret n°2006-1466 du 27 novembre 2006

⁸ Arrêté du 11 juin 1990 relatif à la fiche d'aptitude établie à l'issue des examens médicaux par le médecin du travail des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 09 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la FPH

Le médecin du travail est tenu par le secret médical, il ne peut donc y faire figurer de diagnostic. Néanmoins, il est réglementairement tenu de se prononcer sur l'aptitude au poste de travail. Ceci suppose qu'il ait fait une étude du poste et des conditions de travail de l'intéressé. Il doit effectuer des temps d'observation et d'analyse sur le terrain.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées précise quant à elle le terme de handicap. L'aptitude et l'inaptitude n'englobe pas le terme de handicap, néanmoins, les personnes reclassées professionnellement peuvent être reconnues travailleurs handicapés, si ceux-ci le demandent.

Deux instances sont également consultées dans l'organisation des postes de travail concernant les personnes en difficultés.

Le CHSCT : Comité d'hygiène de Sécurité et de Condition de Travail

Il a pour mission de contrôler l'application de la réglementation en hygiène et sécurité, analyser les risques et les conditions de travail. Il inspecte les locaux de travail. Il mène des enquêtes sur les accidents de travail et les maladies professionnelles et peut mettre en place des actions en cas de danger grave et imminent. Il émet également le droit d'alerte. Il est consulté sur documents les bilans et les mesures à prendre, les formations. Le directeur des soins assiste à cette instance et fait passer les messages du projet social.

Le CTE : Comité Technique d'Etablissement.

Il donne un avis sur les conditions et l'organisation du travail. Le programme de modernisation des méthodes et techniques de travail et l'incidence sur la situation du personnel lui est également soumis pour consultation.

1.1.3 La médecine du travail

Née en France par l'arrêté du 29 juin 1960 du code du travail, pour les salariés du secteur privé, ce n'est qu'en 1986 par le décret n°85-947 du 15 août 1986 que la médecine du travail est instituée dans le secteur hospitalier public.

Le service de la médecine du travail est organisé de manière différente selon la taille des établissements. S'il s'agit d'un hôpital de plus de 1500 agents (effectif total, c'est-à-dire personnel médical compris), il dispose d'un service de médecine de travail. Pour celui qui a moins de 1500 agents, un service commun peut exister entre plusieurs hôpitaux.

Le médecin du travail dispose d'un statut contractuel de droit public et il conserve toute indépendance.

Il s'intéresse aux aspects individuels et collectifs de la santé et de la sécurité des agents du travail. Il a donc à la fois une mission de protection individuelle et un rôle dans la prévention collective afin d'éviter toute altération de la santé du fait du travail.

Conseiller du directeur d'établissement, des personnels et de leurs représentants, il apporte en outre sa contribution à l'évaluation et à la prévention des risques professionnels, définies par l'article R.242-11 du code du travail, et à cet égard il participe en tant que membre de droit au CHSCT à titre consultatif.

Il assure le suivi individuel des agents, selon l'article R.242-15 et suivants du code du travail. Cela consiste à assurer les visites médicales d'embauche, les visites médicales périodiques, les visites de reprise du travail mais aussi les examens complémentaires et les vaccinations.

La visite d'embauche a lieu avant la prise de fonction dans l'établissement. Tout agent ne peut intégrer un poste sans l'avis favorable du médecin du travail qui s'assure de la conformité du dossier par rapport aux dispositions du code de la santé publique.

Le médecin du travail effectue des visites de surveillance. Les agents bénéficient de visites périodiques obligatoirement une fois par an. Il existe des visites de surveillance spéciale régies par un arrêté du ministère du travail du 11 juillet 1977, elles sont réglementaires et concernent notamment les agents qui sont exposés aux rayonnements ionisants. Si un salarié a une santé fragile ou s'il peut exposer son entourage à certains risques, le médecin peut lui demander des visites plus fréquentes. C'est le cas de certains agents porteurs de maladies chroniques (sclérose en plaques, hépatites...).

Un agent peut demander à voir le médecin du travail s'il le souhaite parce qu'il estime que son travail altère son état de santé ou pour un autre motif personnel.

Selon l'article R.242-18, les visites de reprise sont obligatoires après une absence pour cause d'accident du travail, de maladie professionnelle, de maternité ou pour cause de maladie d'une durée de 21 jours. En principe un agent ne peut reprendre sans l'avis médical. Le médecin s'assure qu'il peut reprendre son poste antérieur, et c'est parfois à ce moment là qu'il émet un avis de demande de poste aménagé.

Il arrive que le médecin du travail ne soit pas informé en temps et en heure de la reprise, ainsi l'agent reprend son travail sans avis médical. On peut dès lors s'interroger sur l'aptitude pour la reprise dans son poste antérieur.

Le médecin du travail tient à jour les documents médicaux (article R. 242-22 et suivants) contenant le dossier médical et la fiche d'aptitude à l'emploi.

L'aptitude à occuper leur poste de travail se pose pour environ 5 % des salariés suivis par les médecins du travail, la FPH est dans la même proportion⁹.

1.1.4 Le Plan Santé au Travail 2005 – 2009

Le plan santé au travail 2005- 2009 a été présenté en février 2005 par le ministre de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Jean-Louis Borloo, et le ministre aux relations du travail, Gérard Larcher.

Ce plan présente vingt trois mesures conjuguées autour de quatre objectifs. Le premier étant de développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel. Le deuxième est de renforcer l'efficacité du contrôle. Le troisième est de refonder les instances de concertation du pilotage de la santé au travail. Le dernier se veut un encouragement vers les entreprises à être acteur de la santé au travail. Les mesures financières relatives à ce plan « Santé au travail » prévoient notamment la création de trente postes de directeurs adjoints du travail, ingénieurs de la prévention, médecins inspecteurs du travail et inspecteurs du travail, pour accompagner la mise en place de cellules régionales de soutien de l'administration.

Une dotation de 5,7 Millions d'Euros sera affectée à la réalisation d'un programme d'expertises prioritaires dans le cadre de la création d'une agence de santé au travail. Dès 2005, cette agence se devait de recruter dix scientifiques de haut niveau.

L'agence publique chargée de la santé au travail a un rôle d'évaluation des risques pour l'homme en milieu de travail. Elle a également un rôle de veille scientifique et technique sur les risques en milieu de travail recouvrant l'organisation de l'expertise nécessaire, la définition de valeurs limites d'exposition et la substitution des produits dangereux.

Par ailleurs, le renforcement des moyens de veille scientifique doit permettre de favoriser la détection avancée des risques épidémiologiques et des maladies professionnelles.

Un chiffre : 35000 personnes ayant des maladies professionnelles sont déclarées chaque année. Suite à ce constat, les pouvoirs publics se mobilisent aux côtés des partenaires sociaux afin de faire reculer les risques en milieu professionnel. Mais également, il mobilisera la recherche et la formation sur la santé au travail.

Il est important de conforter la place de la formation en santé au travail des professionnels de santé : dès la formation initiale, puis au cours du parcours professionnel. L'enjeu essentiel est d'améliorer la prévention et le dépistage des pathologies d'origine professionnelle.

La formation des étudiants en médecine concernant la médecine du travail est fortement renforcée. La connaissance est ciblée sur les données en rapport avec les populations au

⁹ Bilan 1998 de la médecine du travail (Ministère de l'emploi et de la solidarité)

travail, l'organisation du travail. Les facteurs psychosociaux des risques professionnels, la psychopathologie du travail, l'organisation et les pathologies professionnelles sont également au programme.

Une autre partie est consacrée à la santé et à l'itinéraire professionnel, l'environnement de travail avec l'observation statistique de la santé au travail, le vieillissement au travail et enfin la construction des métiers.

1.2 Les dispositifs institutionnels

Nos expériences de terrain nous amènent à constater une évolution de la gestion des équipes de professionnels hospitaliers.

Dans le contexte actuel, l'hôpital est confronté au vieillissement des professionnels lié, notamment, à l'allongement de la durée de carrière, introduite par les réformes portant sur les retraites¹⁰. Par ailleurs, la population soignée accueillie est également plus âgée avec une augmentation de la dépendance entraînant une charge de travail plus importante.

Dès lors, les restrictions physiques et/ou psychiques concernant des agents en difficulté liées ou non à l'exercice de la profession sont établies par la médecine du travail sans coordination, et communication suffisantes avec les responsables des services. Seules les capacités restreintes sont précisées et non les capacités restantes, la commande étant de trouver un poste correspondant aux besoins des agents. Ils ne peuvent plus assurer les missions qui sont les leurs, mais ils bénéficient néanmoins du statut de la Fonction Publique Hospitalière fixée par la loi n°86-33 du 09 janvier 1986.

1.2.1 Les postes aménagés

Le poste aménagé est défini par le décret d'application de la loi n°86-33 du 09 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé.

Pendant longtemps, ce personnel a pu être réintégré dans les services (sur des postes mal définis avec des missions plus ou moins formalisées), mais non comptabilisé dans l'effectif du service ou toléré en sureffectif. Avec la réorganisation des services en pôle et dans un contexte budgétairement contraignant par l'application de la tarification à l'activité T2A¹¹, les postes aménagés doivent être intégrés à effectif constant.

¹⁰ Loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme sur les retraites

¹¹ Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (articles 22 à 34)

Cette problématique a une dimension institutionnelle, puisqu'elle s'applique à l'ensemble des services des établissements et concerne tous les agents.

Les agents en postes aménagés sont souvent identifiés à des représentations négatives par les autres professionnels médicaux, paramédicaux, administratifs. Certains membres de l'équipe pensent qu'ils sont protégés par la hiérarchie, ayant des privilèges, tel que l'aménagement d'horaire, exemptés du port des charges lourdes, induisant ainsi une charge de travail réelle ou non pour eux. Les postes n'ont pas été repérés en amont de l'affectation des agents, et sont souvent considérés comme des sous emplois.

1.2.2 La commission de réforme

Selon le cas, il est présenté un dossier à la commission de réforme. C'est une instance départementale, qui donne un avis sur la mise à la retraite pour invalidité de l'agent, sur l'imputation au service de la maladie ou de l'accident et fixe si nécessaire le taux d'invalidité ainsi que l'attribution du taux d'allocation d'invalidité.

Par ailleurs, elle est également consultée pour donner un avis sur l'affectation dans un service moins pénible après une affection longue et sérieuse de la personne.

1.2.3 Les Maladies professionnelles et les Accidents du travail

Le nombre d'accidents du travail et surtout de maladies professionnelles reste important en France. Selon les données du ministère de la santé concernant la FPH, le personnel soignant a plus d'arrêts maladie de courte durée que les autres agents.

Les maladies professionnelles telles que les maladies chroniques invalidantes doivent être définies pour éviter toute représentation négative.

L'enquête PRESST/NEXT¹² a relevé les troubles de santé dont souffrent les professionnels de santé :

- les troubles musculo-squelettiques (TMS) ;
- les maladies cardio-vasculaires ;
- les maladies respiratoires ;
- les troubles de la santé mentale ;
- les troubles neurologiques ou sensoriels ;
- les troubles digestifs ;
- les problèmes cutanés ;
- les maladies métaboliques ou endocrinologiques ;
- les maladies sanguines et virales ;
- les tumeurs ;
- les pathologies congénitales.

Les collègues de travail ou les responsables des services n'ont pas toujours l'information sur les difficultés des agents, le secret médical en rapport avec la pathologie étant respecté. La fiche d'aptitude établie par le médecin du travail ne mentionne pas le diagnostic. Selon l'expérience du terrain, il semblerait que le médecin du travail ne vient pas dans le service pour une observation et une analyse du poste de travail.

C'est le cadre du service qui aménage le poste en fonction des observations de l'agent sur son inaptitude.

Le personnel n'est pas préparé à l'accueil de ces agents. Ils sont perçus comme une surcharge de travail et non comme une aide potentielle. L'agent en poste aménagé supporte mal cette différence et cette non intégration à l'équipe.

On assiste dès lors à une recrudescence de l'absentéisme du personnel en place suppléant à cette surcharge de travail, entraînant une désorganisation et une déstabilisation des services de soins pouvant nuire à la qualité des soins.

Cette gestion suppose une implication de la Direction des Ressources Humaines et de la direction des soins, pour trouver l'articulation entre le terrain et la direction. Le directeur des soins a la connaissance du terrain, l'information est ramenée par les cadres responsables des pôles.

La fonction publique hospitalière recense 32247 accidents du travail avec arrêts et près de 5 % du personnel en place en a été victimes. Les principales causes d'accident, touchant en priorité les soignants, sont l'emploi d'outils contendants et perforants (28%),

¹² Etude PRESST-NEXT, ESTRYN-BEHAR, santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, 64p., www.presst-next.fr

les efforts de soulèvements (19%), les chutes et glissades (15%) et les accidents d'exposition au sang (14%).¹³

Un accident du travail est un accident survenu, par le fait ou à l'occasion du travail, à un salarié ou à une personne travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs.¹⁴

13 % des infirmiers ont des accidents du travail contre 9 % sur l'ensemble des effectifs de la FPH.

Les critères qui distinguent l'accident de la maladie, sont que celle-ci apparaît de façon lente et progressive. Néanmoins, un accident peut être déclaré maladie professionnelle ou maladie imputable au service. Un agent qui a un accident d'exposition au sang et qui a une hépatite par la suite.

La caractéristique d'un accident est le caractère soudain de l'événement : éblouissement, coupure, chute. L'apparition soudaine d'une lésion est considéré comme accident, telle que la douleur lombaire à l'occasion d'une manutention.

De même, est reconnue l'existence d'une lésion corporelle, quelle que soit son importance. Ce critère est apprécié largement, et a également été retenue l'apparition de troubles psychiques à la suite d'un entretien d'évaluation.

1.3 Le questionnement et la présentation de la méthodologie

Les constats précédemment observés amènent à nous poser la question suivante.

1.3.1 La question

Quels sont les différents éléments qui seraient constitutifs de la prise en charge des personnes en situations d'inaptitudes et qui permettraient leur réhabilitation professionnelle ?

¹³ Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière : Le développement des ressources humaines coordination Odile Derenne, André Lucas ; Editions ENSP

¹⁴ Source : Ministère du travail, des relations sociales, de la famille de la solidarité

1.3.2 Les hypothèses

Cette question nous amène à formuler les hypothèses suivantes :

1. *La gestion des postes aménagés* suppose une stratégie politique et managériale.

Nous avons rencontré différents interlocuteurs, notamment les directeurs des ressources humaines, les directeurs des soins, les médecins du travail et des cadres supérieurs de santé. L'objectif est d'identifier si une stratégie politique et managériale est mise en place et de quelle nature.

2. *Le partenariat* entre le Directeur des Ressources Humaines, le Directeur des Soins et le médecin du travail est essentiel dans ce dispositif.

Nous avons recherché si une articulation est mise en place par les différents interlocuteurs pour se rencontrer et si les rencontres sont formelles ou informelles pour étudier les dossiers.

3. *L'implication d'autres professionnels* (psychologue du travail, assistante sociale du personnel) est importante dans le travail de coordination entre la DRH, la DS, la médecine du travail et les cadres responsables des pôles

Nous avons recueilli le ressenti des intervenants en fonction des besoins du terrain et des contraintes de chacun.

1.3.3 La présentation de la méthode d'investigation

L'observation a eu lieu dans deux centres hospitaliers qui ont en commun leurs capacités, leurs effectifs soignants et leurs activités : Médecine – Chirurgie - Obstétrique et Psychiatrie. L'un comme l'autre a mis en place une politique en faveur de ces personnes en difficultés transitoires. C'est une étude comparative.

L'outil utilisé pour le recueil d'information a été l'entretien semi directif. La population interrogée est les Directeurs de soins, les Directeurs des Ressources Humaines, médecins du travail, cadres supérieurs de santé responsables de pôle.

Le personnel soignant et les partenaires sociaux ne sont pas inclus dans les personnes enquêtées, puisque nous nous intéressons à la gestion stricte du terme des postes aménagés. L'enquête ne cible que l'équipe de direction, l'encadrement soignant et les médecins du travail. L'objectif est de répondre à un questionnaire sur la gestion du personnel en difficulté et la réponse la plus adéquate à apporter.

Ce guide nous a permis de structurer notre démarche et notre réflexion.

Ces entretiens se sont déroulés au moyen de prise de notes à l'aide d'une grille afin de faciliter l'exploitation.

Cette forme d'investigation a été choisie pour recueillir des éléments précis, en sachant que nous allons néanmoins retrouver des éléments subjectifs. Afin d'explorer chaque hypothèse, nous avons posé quatre questions figurant dans la grille et qui sont :

- 1. Selon vous qui doit détenir la gestion des postes aménagés ?
- 2. Quel est le dispositif mis en place dans votre établissement ?
- 3. Quel est votre rôle ?
- 4. Quel est le parcours proposé à l'agent en difficulté ?

L'anonymat est garanti. L'accord de chaque intervenant a été demandé au préalable pour retranscrire certains éléments de l'entretien.

Les entretiens ont duré entre 30 minutes à 1 heure.

Les personnes interrogées travaillent dans deux centres hospitaliers universitaires de la région est.

Le centre hospitalier A est un établissement public de santé régional et universitaire. L'établissement emploie 5760 agents répartis pour l'instant sur deux sites. Le projet social 2007 – 2011 inclut la problématique de la gestion des postes aménagés et présente le dispositif déjà mis en place.

Le centre hospitalier B est également un établissement public de santé régional et universitaire. Il emploie plus de 8000 agents dont 6000 soignants répartis sur plusieurs sites. Le projet social a quant à lui comme axe de travail la gestion du personnel en cours de reclassement, avec un dispositif bien identifié.

2. Analyse des entretiens

L'analyse présentée ne concerne que deux établissements mais peut être extrapolable selon les situations. La sélection des éléments étudiés a une valeur subjective et attachée à un temps T.

2.1 Analyse par établissement

L'établissement A est déjà bien avancé dans la démarche de gestion des postes aménagés.

Ce qui ressort des entretiens est que le dispositif mis en place est bien connu des acteurs, puisque un groupe de travail émanant de la DRH a construit la procédure mise en application dans l'établissement. L'information a été diffusée et validée par les différentes instances. Le projet social est reconnu et suivi par tous les acteurs.

Les agents en difficultés sont repérés par la médecine du travail, et un accompagnement se met en place pour éviter « la chronicité de la situation » avec des rencontres régulières et une écoute particulière et individualisée. Un rapide retour au travail avec des adaptations aux postes est envisageable.

Chaque acteur se sent concerné par le sujet.

La problématique est le maintien de ces agents en sureffectif avec le risque de générer le besoin pour les services où ils interviennent.

Sur le plan économique, ces agents sont payés en restant à domicile, parce que nous sommes dans le service public donc le bénéfice est de les payer en leur demandant de fournir un travail. Pour l'agent, il est valorisant d'être reconnu comme une valeur de l'institution

Comme le dit un des directeurs : « l'institution se doit d'aider les agents en difficulté puisque un jour ils ont été la force vive de cette institution. »

Certains se posent la question du bénéfice secondaire que peuvent en retirer certains agents, soit obtenir un poste allégé, ou un poste qu'ils n'auraient pas obtenus par la voie officielle. Mais finalement ce n'est qu'une minorité.

Un contrat de trois mois renouvelable une fois est signé par les deux parties : agent - DRH. C'est une décision d'affectation temporaire pour raison de santé, il faut entendre par affectation temporaire le fait d'affecter un agent pour remplir une fonction en rapport avec ses restrictions médicales. Le médecin du travail donne un avis, soit pour le renouvellement soit pour la reprise dans son poste d'origine.

L'agent prend ainsi connaissance des conditions de son affectation et surtout du caractère temporaire de celle-ci.

Une copie de la décision est adressée au cadre supérieur de santé du pôle, et au cadre de santé du service. Une valeur officielle est donnée au document : en effet, le Directeur général de l'établissement signe le document.

Chaque intervenant dans le dispositif a un rôle bien défini et lisible par tous.

L'encadrement supérieur se sent soutenu par la direction. Un recensement des postes aménagés a été demandé en transversal sur les pôles. L'affectation de ces agents est ainsi vécue comme une plus value, et non comme une contrainte (qu'est que l'on fait de l'agent en difficulté ?). Chaque cadre supérieur de santé responsable de pôle, en collaboration avec les cadres de proximité, a élaboré une fiche de poste. Ce poste définit des missions transversales sur l'ensemble du pôle. Ainsi l'agent est affecté au pôle et non à un service.

Par exemple, pour une infirmière, les tâches confiées sont de l'ordre de l'évaluation des pratiques professionnelles à travers les protocoles de soins, l'hygiène hospitalière, la tenue des dossiers. En ce qui concerne les aides soignantes, les tâches relèvent de la prise en charge nutritionnelle, la réalisation d'enquêtes de satisfaction, d'inventaire et de rangement de matériel mutualisé sur l'ensemble du pôle. Les ASH vont réaliser des tâches concernant les courses, l'accompagnement de certains patients si le brancardage n'est pas disponible. Pour les agents administratifs, ils vont effectuer de la gestion documentaire, de l'archivage et du classement. La liste n'est pas exhaustive et va évoluer en fonction des besoins des agents.

La gestion de ces postes est laissée à la Direction des Ressources Humaines, et à la Direction des soins en collaboration avec le médecin du travail pour l'avis médical. Les cadres donnent un avis pour l'affectation dans les services.

Une évaluation du dispositif est mise en place avec un échancier.

L'établissement B est moins engagé dans le processus de gestion des postes aménagés. Les actions sont peu lisibles et il reste à définir le cadre de gestion. Néanmoins la gestion des reclassements est bien suivie. Une commission spécifique réunissant plusieurs professionnels gère les dossiers des agents susceptibles d'être dans la nécessité de reclassement, étant donné qu'ils sont pour la plupart dans l'impossibilité d'occuper le poste d'origine pour des raisons médicales, sociologiques ou psychologiques.

Il apparaît qu'il n'y a pas de volonté politique de gestion organisée des postes aménagés. Ce thème n'est pas inscrit dans le projet social. Il n'existe pas de cartographie des postes aménageables dans les services.

Il s'agit de préserver les effectifs nécessaires pour avoir une marge de manœuvre. L'engagement dans le projet social s'est fait pour répondre à un niveau supérieur lorsqu'il y a un projet de reclassement suite à l'inaptitude de l'agent à son poste de travail.

Une commission de gestion de personnel en difficulté a été mise en place appelée « le groupe de travail d'orientation professionnelle ». Les réunions sont trimestrielles, parfois des réunions extraordinaires ont lieu pour traiter des demandes particulières. Sur l'année, 120 dossiers sont étudiés cette commission, et 70 agents bénéficient d'un reclassement. Les autres agents reprennent le poste initial ou quittent l'établissement.

L'établissement compte 8000 agents dont 6000 soignants.

Une forte politique de formation continue existe, favorisant la réinsertion à des postes différents. Par ailleurs, des formations donnent accès à d'autres métiers pour certains agents.

Le rôle des différents intervenants est bien identifié dans la commission de reclassement et dans l'accompagnement des agents.

Le médecin du travail accompagne les agents en difficulté, les visites sont régulières. Il est à l'écoute et oriente l'agent en fonction de ses besoins. Une collaboration avec les cadres de terrain est mise en place. Néanmoins, les cadres ne peuvent pas toujours répondre aux demandes d'aménagement du poste pour réintégrer l'agent dans le service. Il s'agit dans la plupart des cas d'un problème d'effectif, l'organisation du travail reste la même avec un effectif constant, en intégrant la personne en poste aménagé, sans renfort supplémentaire pour suppléer au manque.

Le médecin travaille également en collaboration avec le psychologue du travail. Il lui adresse parfois des agents en souffrance, pour avoir un avis d'expert. Il rencontre régulièrement le directeur des soins de manière informelle pour discuter de certains agents et trouver une solution.

Il souhaite pérenniser et formaliser ces rencontres. Le directeur des soins ayant selon lui, une meilleure connaissance des agents et de leurs parcours, ainsi que de l'organisation des soins dans les services.

Le directeur des soins apporte sa connaissance du terrain pour répondre aux difficultés des agents en orientant vers le service adéquat. La mise en place des pôles est à son sens, une plus value pour ce domaine. La possibilité de trouver des solutions en interne est plus grande.

La Direction des Ressources Humaines est également impliquée dans le processus de reclassement. Un poste d'adjoint des cadres a été créé, pour donner la possibilité à chaque agent en difficulté d'avoir un correspondant à la direction. Ce professionnel rencontre les personnes susceptibles d'être concernées par un reclassement.

Pour personnaliser les futures propositions, un test de positionnement est effectué par un organisme extérieur, qui va donner des pistes d'orientation vers un profil de poste adapté à la personne. C'est une prise en charge personnalisée avec prise en compte des

difficultés sans stigmatiser les agents. La compétence du volet juridique est apportée par la DRH.

Un contrat de reprise d'activité, pour les agents bénéficiant d'un reclassement est signé par les deux parties : agent - DRH. C'est une assurance pour tous que les difficultés de l'agent soient prises en compte, et que son retour soit évalué dans le temps avant de prendre une décision pour l'avenir. Un suivi et un accompagnement est proposé aux agents.

En ce qui concerne les cadres de terrain, pour l'instant les solutions sont trouvées en interne pour les personnes en postes aménagés. L'affectation se fait dans le même service en fonction des disponibilités, une aide est apportée par l'équipe de remplacement s'il y a un souci de sous effectif.

2.2 Les résultats de l'analyse croisée

Les entretiens réalisés permettent de confronter notre questionnement de départ et nos hypothèses avec les acteurs du terrain.

Il apparaît néanmoins, que la politique se doit d'être forte et connue de tous les agents. Elle permet ainsi aux acteurs d'agir précocement, d'être guidés et reconnus par tous y compris eux-mêmes. Si le dispositif existe, une réponse adéquate est apportée rapidement et évite par la suite des situations difficiles à gérer.

Les situations d'agent en difficulté ne sont pas repérées en amont mais seulement au retour du personnel qui demande un poste aménagé sur avis médical.

Les médecins du travail relèvent surtout les contraintes physiques des postes. Un médecin constate l'épuisement psychologique de quelques jeunes infirmières, elles se sentent en décalage entre l'image de la profession qu'elles avaient et la réalité de terrain. Un directeur des ressources humaines signale les charges psychologiques par une mésentente dans l'équipe entraînant un changement d'affectation incontournable pour le bien-être de tous.

Les mesures mises en place par les deux hôpitaux sont récentes et ont le mérite d'exister. L'un est plus engagé que l'autre dans la prise en compte des postes aménagés. L'institution se donne les moyens d'évoluer dans le sens, d'une prise en compte des difficultés de certains agents. L'acceptation des agents en difficulté vient créer une volonté d'apporter une réponse malgré quelques défiances.

La contractualisation établie entre l'agent et la direction, est une démarche de suivi et d'évaluation appréciée par les différents interlocuteurs. L'encadrement de proximité se sent en confiance vis-à-vis du personnel et envers la direction.

La formation et les mesures prises pour l'amélioration des conditions de travail occupent une place importante dans les deux établissements.

Les dispositifs législatifs et réglementaires existent, il est par ailleurs nécessaire d'instituer des mesures locales de coordination, de valorisation et de communication pour une opérationnalité optimale sur le terrain.

L'hôpital est une institution où des valeurs fortes sont véhiculées comme la performance, l'efficacité, la disponibilité, le travail bien fait. L'identité du professionnel se construit sur ces fondements.

Il est important d'aider les personnes en difficultés transitoires, par un accompagnement, et garder les forces vives utiles à la prise en charge de qualité des patients.

2.3 La confrontation de l'analyse aux hypothèses

Les avis recueillis auprès des acteurs des deux établissements convergent sur l'importance de ne pas laisser la gestion des postes aménagés aux cadres de proximité. L'orientation va vers une gestion centralisée à la Direction des soins / DRH / Médecins du travail. Ceci nous permet de valider l'une de nos hypothèses.

Pour la majorité des interlocuteurs, le partenariat DS/DRH/Médecins du travail est indispensable. Chacun apporte ses connaissances et ses compétences sur l'agent en difficulté et sur son orientation possible. Les rencontres doivent être formelles, même si parfois des entretiens téléphoniques ont lieu entre chaque temps pour étayer les dossiers. La deuxième hypothèse est également validée.

La coordination entre les différents partenaires est importante pour avoir un meilleur suivi des dossiers. Il est fait appel à certains professionnels pour donner un avis plus précis en fonction des problématiques. Ainsi la troisième hypothèse posée est confirmée.

3. Les propositions d'actions pouvant être mises en œuvre par le Directeur des soins

La gestion du personnel en difficulté et, par la même, les postes aménagés est la résultante d'une problématique transversale. Toutes les catégories professionnelles sont concernées. Les acteurs impliqués sont nombreux et variés.

Le directeur des soins, de par ses prérogatives et étant membre de l'équipe de direction, est engagé à deux niveaux, au niveau institutionnel et au niveau spécifique de son champ de compétences.

A partir des constats que nous avons faits lors de nos entretiens, mais aussi à partir de notre propre vécu, nous pouvons élaborer des propositions d'actions.

3.1 L'implication du Directeur des soins dans les instances institutionnelles

Les évolutions démographiques et l'augmentation de la durée de vie professionnelle nécessitent de réfléchir aux conséquences de ces changements dans la gestion du personnel. Un élément important à prendre en compte, est le fait que les médecins généralistes sont plus stricts et limitent les arrêts de travail.

L'évaluation des compétences est à initier en lien avec les limitations d'activité de l'agent. Une cartographie de tous les postes existants est à établir en isolant ceux qui peuvent être occupés par le personnel en difficulté pour raisons médicales, psychologiques ou sociales.

3.1.1 Le projet social

Le projet social est l'une des composantes du projet d'établissement. Il définit « les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant leur réalisation ».¹⁵ Il décline la dynamique de l'établissement.

Le projet social s'appuie sur plusieurs textes réglementaires.

La loi du 31 juillet 1991 inscrit la dimension sociale dans le projet d'établissement de même que le protocole d'accord du 14 mars 2000 de Martine Aubry sur la modernisation du service public hospitalier.

¹⁵ Circulaire du 03 juillet 2001 relative au projet social et au volet des établissements de santé

Depuis la loi du 17 janvier 2002 le Conseil d'administration délibère sur le projet social. L'ordonnance du 02 mai 2005¹⁶ est venue renforcer sa place.

Il permet d'améliorer les conditions de travail, la communication, le dialogue social, la formation, les emplois et de prendre en compte les attentes des salariés (article L6143-2-1 du Code de la Santé publique).

C'est une opportunité d'optimiser la gestion des ressources humaines dans tous les domaines et notamment la gestion des postes aménagés. Un rôle central est donné aux personnels et à l'encadrement.

Le directeur de soins participe en collaboration avec le DRH à l'élaboration du projet social et à sa mise en œuvre dans l'établissement. Il facilite et favorise la collaboration des soignants aux groupes de travail concernant les thématiques sur l'amélioration des conditions de travail. La connaissance du projet social va aider dans l'appropriation du projet.

La communication passe également par le CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et de Condition de Travail) et le CTE (Comité Technique d'Etablissement). Si l'impact est visible sur le terrain, les soignants seront d'autant plus porteurs du projet. Le dispositif mis en œuvre sur la gestion des postes aménagés inscrit dans le projet social lui donne une plus value. L'adhésion des partenaires sociaux est primordiale pour le suivi des dossiers et l'impact auprès de tous les agents de l'institution.

Le bilan social est élaboré dans un esprit d'aide au dialogue social, pour une visibilité et une information claire auprès du personnel. Ce document est présenté à la Commission Médicale d'Etablissement, le Comité Technique d'Etablissement et au Conseil d'Administration.

3.1.2 Le PRACT : le Projet d'Amélioration des Conditions de Travail

Dans sa référence 3.c¹⁷, le Manuel d'accréditation énonce que « l'amélioration des conditions de travail des personnels et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines. Les conditions de travail doivent être évaluées à périodicité définie, notamment dans le cadre de la prévention des risques professionnels. Une politique de suivi et de gestion, adaptée aux personnels ayant des problèmes de santé, ou présentant un handicap, est mise en place ».

¹⁶ Ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des Etablissements de santé

¹⁷ Manuel d'accréditation des établissements de santé, Haute Autorité de santé, 2004

Dans ce cadre, les établissements présentent des projets et peuvent obtenir des financements. Certains hôpitaux se sont ainsi dotés de lits à hauteur variable, pour prévenir des lombalgies.

3.1.3 La GPEC : La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

L'objectif de la GEPC est d'anticiper l'avenir en projetant notamment l'évolution des missions et compétences nécessaires à leur exercice. C'est un moyen pour évaluer qualitativement et quantitativement les ressources en personnel à court terme. Cette politique consiste à ajuster les emplois et métiers au besoin de l'établissement.

Il s'agit d'identifier les mouvements de personnels, de suivre les évolutions sociales et technologiques. Les courbes démographiques sont évaluées. La construction des projets de l'hôpital se fait au regard de ces données.

L'évolution de certains métiers décrite dans le rapport Berland est à observer, ainsi que l'émergence de nouveaux métiers.

Les agents doivent participer à l'élaboration de leur projet professionnel. Il est essentiel d'éviter à chaque salarié de se trouver dans une position professionnelle dépassée.

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière offre un outil pour établir la définition des métiers, des postes des diplômes et compétences nécessaires. Des passerelles sont possibles entre les métiers. Il existe des passerelles courtes qui nécessitent un temps d'adaptation sur le terrain et éventuellement une durée courte de formation, pouvant aboutir sur un nouveau métier. Les passerelles longues nécessitent un investissement important en formation théorique à réaliser le plus souvent avant mobilité ou/et un apprentissage sur le terrain.

Selon ce répertoire ¹⁸ :

« Dans une organisation donnée, le poste renvoie à une place, à des situations concrètes de travail, des responsabilités, des tâches auxquelles correspondent des moyens distincts mis à la disposition du titulaire du poste. C'est au niveau du poste que sont définis les objectifs attendus, les résultats, et que sont évaluées les performances. C'est l'unité de base de l'organisation du travail, définie et délimitée concrètement dans l'espace et le temps, indépendamment de la ou les personnes qui l'occupent, constituée d'un ensemble d'activités, selon une rationalité technique et organisationnelle. »

Il est utile d'anticiper les compétences qui pourront être développées par les agents en difficulté et d'utiliser le potentiel humain.

¹⁸ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, lexique des termes utilisés dans les fiches métiers du répertoire, p.3, www.santé.gouv.fr

Le bilan de compétence est un outil intéressant pour déterminer ce que l'agent peut faire, ce qu'il souhaite faire et ce dont l'établissement a besoin.

3.1.4 La commission de reclassement

Une commission de reclassement est à mettre en place si celle-ci n'existe pas dans l'établissement. Elle est constituée de représentants de la Direction des ressources humaines, la direction des soins, la médecine du travail, du CHSCT, un CSS responsable de pôle, de personnes ressources invitées ponctuellement en fonction des dossiers retenus.

La mission de ce type de commission doit permettre le maintien dans l'emploi des agents en situation d'inaptitude pour raison de santé par une analyse pluridisciplinaire.

Elle assure le suivi des situations d'agents, placés sur des postes aménagés ou affectés sur un autre poste de manière temporaire, et elle respecte le secret médical,

Le recours au répertoire des métiers peut être une aide pour identifier le poste le plus à même à répondre aux besoins de l'agent.

Avec l'appui de l'encadrement, il est utile d'établir une cartographie des compétences des agents.

L'aménagement de poste de travail est nécessaire dans le cadre de la prévention, d'une part pour améliorer l'état de santé et d'autre part éviter les récives. Par ailleurs, chaque individu est responsable de sa santé au travail.

En fonction de la politique de remplacement, l'encadrement doit être inventif.

Il s'agit de mettre en place et pérenniser une dynamique d'amélioration des conditions de travail à l'hôpital.

Dans tous les cas, cette commission ne remet pas en cause l'existence d'instances médicales extérieures telles que le Comité médical dont le rôle est essentiel. Le comité médical départemental, dont les attributions ont une incidence très importante dans la gestion des problèmes de santé au travail, est consulté obligatoirement. L'avis est donné pour la prolongation des congés de maladie au-delà de six mois consécutifs, pour l'octroi et le renouvellement des congés de longue maladie ou de longue durée. La réintégration après douze mois consécutifs de congé maladie ou à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée est discutée dans cette commission.

L'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après un congé de maladie, de longue maladie, de longue durée peut être proposé, allant même jusqu'à une mise en disponibilité d'office.

Le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une atteinte de l'état physique de l'agent peut être demandé, ainsi que tous les autres cas prévus par les textes réglementaires (le mi-temps thérapeutique par exemple).

3.1.5 La formation continue

La formation offre aux agents la possibilité d'adapter leurs compétences au niveau de l'exigence de leur poste de travail, mais également d'évoluer vers d'autres fonctions dans le cadre de leur projet professionnel. C'est un droit pour tous les agents.

Le directeur des soins est impliqué dans l'élaboration du plan de formation continue. La politique de formation doit permettre de préparer le futur et d'intégrer les orientations stratégiques de l'établissement.

Des actions transversales sont à mettre en place, le DS peut favoriser l'accès à des équipes paramédicales, à des formations de manutention par exemple ou d'autres thèmes plus ciblés. Certains agents comme les ASH (Agent de Service Hospitalier) doivent être intégrés dans les programmes de formation adaptés à leur situation.

Le rôle du cadre est fondamental pour soutenir les actions de formation et planifier les séances. Les entretiens d'évaluation, sont des moments privilégiés pour recenser les besoins de formation, pour déterminer les axes de développement des compétences, les nécessités de formation pour permettre l'acquisition de nouveaux gestes techniques. Il est important de réduire les écarts entre les compétences détenues par les agents et les compétences requises pour le poste. Une bonne connaissance des besoins du service réduit fortement les appréhensions des agents.

La formation dans le cadre de l'adaptation à l'emploi et de l'acquisition de nouvelles compétences est à organiser pour une meilleure appréhension des postes de travail. Un programme de formation doit être proposé à tout agent en situation de travail nouvelle. C'est un gage de réussite supplémentaire.

L'encadrement lui-même est concerné par la formation, notamment une formation ciblée pour être en capacité de percevoir et de signaler les signes de difficultés au regard de la pénibilité de la charge de travail.

3.1.6 La formation initiale

Le directeur des soins s'implique dans la formation initiale, le 5^{ème} alinéa de l'article 4 du décret du 19 avril 2002 précise :

« il contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors des stages au sein de l'établissement. »

Dans le cadre du partenariat qu'il développe avec le directeur des soins des instituts de formation, il peut initier la mise en place de groupes de réflexion sur le thème de la santé au travail.

Dès la formation initiale des professionnels de santé (infirmière, aide soignante ...), les enseignements sur les bonnes pratiques sont intégrés dans le programme, tel que la manutention.

Les mises en situation professionnelle et les évaluations de stage s'intègrent dans une dimension pédagogique de prévention de l'inaptitude au travail pour raison de santé.

Il s'agit de préparer les futurs professionnels à la prise de poste, en fonction des besoins du terrain.

3.2 La responsabilité spécifique du Directeur des soins

La direction des soins intervient dans l'organisation des services des soins, médico-techniques et de rééducation. En tenant compte du rôle des différents acteurs dans le domaine des conditions de travail à l'hôpital, il est important de mettre en œuvre une politique d'amélioration des conditions de travail avec l'objectif de pérenniser les actions. Un outil intéressant est d'établir un diagnostic des situations de travail¹⁹

Certains éléments sont à prendre en compte pour l'étude de pénibilité. Ces chiffres sont à retenir :

- ◆ la distance parcourue par jour varie de 4 à 7 kilomètres pour les infirmières, et 4 à 18 kilomètres pour les aides soignants ;
- ◆ la durée moyenne de réfection des lits occupés est de 1 minute 30 en ophtalmologie, contre 6 voire 7 minutes 30 en orthopédie et en neurologie. Un agent se penche en moyenne 5 à 6 fois par réfection de lits vides, quel que soit le service ;
- ◆ le temps total de posture pénible occupe 16 à 30 % du temps de travail des infirmières.²⁰

En gardant en mémoire ces informations, il est plus aisé de penser les postes aménagés pour l'affectation des agents, et il est nécessaire de mettre en œuvre des mesures de prévention tout au long de la carrière des agents.

¹⁹ Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière : Le développement des ressources humaines coordination Odile Derenne, André Lucas ; Editions ENSP

²⁰ Etude de la DRESS Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques en 2003

3.2.1 La collaboration avec l'encadrement

L'encadrement est incontournable dans la gestion des ressources humaines. Le directeur des soins se doit de les impliquer dans le projet et les responsabiliser dans ce sens.

En collaboration avec l'encadrement, le DS établira des cartographies de compétences et d'aptitudes.²¹ Nous proposons d'établir une grille d'analyse pour chaque agent déjà mise en place dans un Centre Hospitalier.

| Agent | Evaluation N-2 | Evaluation N-1 | Evaluation N | Compétences hors postes détectées | Aptitudes révélées | Potentiel à 5 ans | Orientation immédiate possible |
|-------|-------------------|-------------------|-----------------|---|-----------------------|----------------------|--------------------------------------|
| | | | | | | | |

Les fiches de postes sont à actualiser ou à élaborer si les services n'en disposent pas. C'est un élément de référence pour les cadres. Ces fiches s'appuient sur le référentiel des compétences.

Dans le management, les cadres ont la possibilité de faire accepter l'autre aux équipes, avec ses différences.

3.2.2 L'organisation des services

La diversification des modes d'activité (hôpital de jour, hôpital de semaine, équipe mobile) entraîne des changements dans les organisations de travail. Certains de ces postes allègent les contraintes pour les personnels hospitaliers. Ceci peut permettre au Directeur de soins d'avoir une marge de manœuvre pour redéfinir les règles d'affectation des personnels sur ces types d'emploi au regard de l'équité et d'autres changements structurels du monde hospitalier.

Par exemple, la mise en place d'hôpitaux de jour et de semaine évite le travail de nuit et de week-end et permet à certains agents de réintégrer un poste de travail ayant besoin d'aménagement.

Le travail en binôme est à privilégier dans certaines situations pour éviter l'épuisement de certains agents.

L'étude de l'organisation de travail permet de l'optimiser.

²¹ Cours EHESP juillet 2008 : Le bilan social et les tableaux de bord sociaux Xavier Cadilhac DRH

3.2.3 L'amélioration des conditions de travail et la gestion des risques professionnels

La promotion de bonnes conditions de travail engendre de fait l'amélioration des conditions de travail. Il s'agit de valoriser et de reconnaître les agents, d'améliorer l'efficacité du travail en réduisant la pénibilité (physique et mentale), en développant la sécurité pour prévenir les accidents.

Pour entreprendre ce type d'action, le directeur des soins peut utiliser la méthode de la démarche projet. Il est important d'établir un diagnostic précis de la situation, de mettre en place des actions et de les évaluer pour réajustement.

La prévention des risques liés au port de charge passe par une étude des facteurs de charge physique : les postures, les manutentions, les efforts, la distance parcourue, la destination observée. Les contraintes d'espace et d'équipement sont à prendre en compte : la distance entre les lieux, le matériel adapté à disposition, le mobilier et les équipements (lits à hauteur variable, lève malades), et la configuration des locaux

En collaboration avec la direction logistique, une étude est à mener sur la possibilité d'acquérir des équipements permettant d'améliorer les conditions de travail : lits électriques à hauteur variable, équipements d'aide à la manutention. Non seulement le matériel doit être mis à disposition du personnel, mais il doit être explicité par le fournisseur. Il est important de faire plusieurs séances de mise en pratique d'utilisation des différents dispositifs, et renouveler régulièrement ces séances pour une bonne appropriation des techniques.

Il peut être demandé la collaboration des kinésithérapeutes qui apportent non seulement une approche théorique mais une approche pratique en se déplaçant dans les services pour reprendre les gestes et les postures adaptés.

Des protocoles écrits et connus de tous sont mis à disposition. Certains accidents surviennent par la volonté ou la contrainte de faire vite ou de faire et seuls des gestes qui demandent pourtant le recours à une technique ou à une tierce personne.

Il peut être envisagé de mettre à contribution les compétences d'un ergonomiste pour établir le bilan des postes de travail ayant besoin d'être optimisés en prévention de certains risques professionnels. Cet ergonomiste peut également intervenir dans tous les projets d'aménagement, de réaménagement et/ou de construction de nouveaux services. C'est de la prévention primaire.

Un ingénieur en organisation et en méthode peut être recruté pour effectuer une micro analyse des besoins des services et des postes.

Selon le cas, un contrat de quelques mois peut suffire pour une aide à la prise de décision sur des aménagements à faire.

Le personnel est confronté quotidiennement à la maladie et à la mort, entraînant une souffrance au travail ou psychologique. Les professionnels développent pour certains un syndrome d'épuisement professionnel connu sous le terme de burn-out, un épuisement émotionnel.

La plainte vient d'une déshumanisation de la relation interpersonnelle, et d'une diminution de l'accomplissement personnel. Les indicateurs de la charge psychique sont les incertitudes sur les réponses à donner aux patients, les conflits au sein de l'équipe, ou l'absence de réunions permettant d'aborder la prise en charge psychologique des patients. L'accès à la formation est primordial pour aider les agents à surmonter ces difficultés. La possibilité d'avoir des groupes de réflexion sur la pratique professionnelle est une opportunité d'aborder certaines problématiques. La circulation de la parole et de l'expression peut aider à améliorer les conditions de travail. Certaines équipes soignantes ont besoin d'avoir un groupe de supervision animé par un psychologue extérieur à l'établissement, pour décharger la pression psychologique. Ce sont des mesures préventives pour éviter un tant soit peu le burn-out.

La prévention des risques liés aux pertes de compétences est à mettre en place par un suivi et une évaluation des pratiques professionnelles. Le niveau de technicité augmente ainsi que la nécessité de l'informatisation des données. Ainsi, des ateliers pratiques sur les techniques sont à développer pour maintenir le niveau des compétences en rapport avec l'évolution du matériel. Là encore, la formation du personnel prend toute son importance. La maîtrise d'une technique de soins réduit les risques professionnels (infection ou autre).

La réduction de l'absentéisme consécutif aux accidents de travail, passe par une analyse des circonstances de l'accident de travail, et par des enquêtes régulières pour être à l'écoute du personnel.

La mise en œuvre de cette politique peut être financée à travers le dispositif du CLACT (Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail).

3.2.4 La Commission des Soins Infirmiers, Médico-Techniques et de Rééducation : la CSIMTR

La loi du 31 juillet 1991 avait pris en compte le besoin de reconnaissance des personnels infirmiers en créant la commission du service des soins infirmiers. Depuis l'ordonnance du 02 mai 2005 et le décret du 26 décembre 2005, ont renforcé ses missions et élargi ses compétences, pour devenir la commission des soins infirmiers médico-techniques et de rééducation.

La CSIMTR est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.

Cette commission, composée de représentants des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins en question, est consultée dans des conditions fixées par voie réglementaire²² sur :

- ◆ l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- ◆ la recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation de ces soins ;
- ◆ l'élaboration de la politique de formation ;
- ◆ le projet d'établissement ;
- ◆ la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- ◆ l'évaluation des pratiques professionnelles.

Elle peut avoir deux fonctions : soit elle entérine ou donne un avis sur des projets, soit elle fonctionne sous forme de commission de travail et devient force de propositions auprès du directeur de l'établissement.

3.2.5 Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique

Le projet de soins est le reflet de la contribution des différents professionnels à la prise en charge des patients et de leur entourage et au développement des connaissances en matière de santé. De ce fait, il doit tenir compte de la capacité des soignants à effectuer dans les meilleures conditions leur travail au sein d'une équipe.

²² Article R.6146-4 du Code de la Santé Publique

Par la même, certains axes du projet social impliquent fortement la direction des soins qui a pour objectif d'améliorer le dispositif de maintien des agents dans l'emploi.

3.3 L'évaluation des actions mises en oeuvre

Pour qu'un dispositif soit pérenne, une évaluation est primordiale. Il est important de mesurer l'efficacité des actions et de les modifier pour les optimiser si nécessaire.

Ce dispositif se doit d'être évalué tout au long des projets, d'une part, en suivant les statistiques du personnel en poste aménagé et d'autre part, lors des séances de la commission de suivi, en établissant des comparaisons sur les demandes émanant des agents.

La formation continue est un élément de contrôle et d'évaluation sur l'évolution des programmes de formations.

Toutes les statistiques sur les maladies professionnelles et sur les accidents de travail sont également des indicateurs de suivi, permettant d'évaluer les différents processus mis en place et de les modifier.

Le bilan social regroupe des données quantitatives sous forme de tableaux de bord permettant une analyse et un suivi de l'absentéisme, et des accidents du travail.

La loi du 31 décembre 1991 concerne l'évaluation des risques professionnels et l'article L.230-2 du code du travail exige notamment à l'employeur d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs. Le nouvel article R.230-1 du code du travail²³ définit les modalités de création et de conservation du document unique transcrivant les résultats de l'évaluation des risques. Ce document est une aide au suivi et à l'évaluation du dispositif.

²³ Décret n°2002-1016 du 05 novembre 2001 et circulaire d'application n°6 DRT du 18 avril 2002

Conclusion

Il apparaît que l'existence d'une politique institutionnelle, concernant les agents en difficulté, présuppose une prise en charge de qualité à travers l'implication et la motivation de la part des membres de la direction et de la médecine du travail.

La collaboration Directeur des Ressources Humaines / Directeur des Soins / Médecin de travail/ Cadres de pôle, permet d'assurer une gestion partagée de l'inaptitude, de disposer de règles claires et de maintenir l'équité de traitement.

Il s'agit de mettre en oeuvre une politique d'amélioration des conditions de travail avec le souci de pérenniser une telle action. Tout cela requiert une vraie politique de prévention.

La participation des équipes à certaines décisions, la réflexion ou l'élaboration de projet renforce le sentiment de reconnaissance des agents. Informer le personnel crée un réel esprit d'équipe favorisant les échanges et la confiance.

L'ensemble du dispositif mis en oeuvre pour la prise en charge des personnes en difficulté est à présenter aux diverses instances. La communication et la diffusion des informations sont un gage de reconnaissance de tous par l'institution, même de ceux qui sont en difficulté passagère.

Une démarche collective s'impose dans le processus de gestion des postes aménagés. L'implication du Directeur des Soins est incontournable, ainsi que sa collaboration avec les autres membres de la Direction et l'encadrement soignant.

Sources et Bibliographie

Ouvrages :

DERENNE O., LUCAS A., *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière : Le développement des ressources humaines* Editions ENSP, 445 p.

DUPONT M, ESPER C., PAIRE C, *Droit Hospitalier*, 5^{ème} édition 2005 Dalloz, 824 p.

Enquêtes et rapports :

Enquêtes sur les conditions et l'organisation du travail il auprès de 5000 actifs des établissements de santé, DREES, série statistiques, document de travail n°102, août 2006, 110 pages

Etudes PRESST-NEXT, ESTRYN-BEAR, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, 64 p. www.presst-next.fr

Rapport annuel fonction publique, faits et chiffres 2005-2006, www.fonction-publique.gouv.fr

Mémoires :

DEFAIN P. 2005, *Améliorer la gestion des personnels soignants en difficulté*, mémoire de Directeur des Soins, ENSP, 63 p.

FRITSCH A. 2000, *Les postes aménagés à l'hôpital : Recenser pour anticiper*, mémoire de Directeur d'hôpital, ENSP, 66p.

GAILLARD P. 2007, *L'adaptation des postes de travail des soignants à leur état de santé : l'implication du Directeur de soins*, mémoire de Directeur des Soins, ENSP, 51 p.

GOETINCK J. 2002, *La gestion des postes pour les agents en difficulté ou comment lutter contre un absentéisme prévisible*, mémoire de Directeur des Soins, ENSP, 55 p.

REMY P. 2004, *La gestion des postes aménagés à l'hôpital : Pourquoi pas une plus value pour l'institution*, mémoire de Directeur de soins, ENSP, 73p.

Autres :

Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière, DHOS Juillet 2006

Plan Santé au Travail 2005-2009, www.travail.gouv.fr

Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, lexique des termes utilisés dans les fiches métiers du répertoire, 3p. www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr

Congrès 2005 de l'Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux (ANMTEPH), www.anmteph.fr

Bilan 1998 de la médecine du travail, www.anmteph.fr

Site internet :

Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail, www.anact.fr.

Marie Thérèse GANTNER - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2008