



EHESP

Attaché d'administration hospitalière

Promotion : **2012**

Date du Jury : **10-14 décembre 2012**

**Stratégie hospitalière : la gestion
personnalisée des agents (GPA), un
levier de transformation des
ressources humaines**

Dino N. BELKACEM

Remerciements

Je remercie tous les professionnels qui m'ont reçu et ont pris le temps de répondre à mes interrogations ; particulièrement l'Attaché d'administration hospitalière qui a accepté d'accueillir à cette occasion le premier stagiaire EHESP de sa carrière.

Afin de préserver la confidentialité et l'anonymat des personnes dont il est question dans ce travail aucun nom propre n'est cité, et les lieux et désignations des sites du groupe hospitalier étudiés n'apparaissent pas.

Sommaire

Introduction	1
1 La gestion personnalisée des agents (GPA), un contexte légal identique, mais une appropriation hétérogène sur les sites Sud et Nord-Est	9
1.1 Les contours de l'inaptitude au travail et le cadre réglementaire	9
1.1.1 L'EPS a une obligation de prise en compte de l'inaptitude au travail	9
A) L'inadaptation au travail : une diversité de situations prises en charge par les acteurs de l'expertise et de l'intervention médico-sociale et psychologique	9
B) Un corpus législatif et des accords entre partenaires sociaux dans le but de protéger les agents concernés par la restriction d'aptitude.....	13
1.1.2 Le Cadre légal et la réglementation ont réduit l'offre disponible pour la GPA	14
A) Les réformes et la réduction des marges de manœuvre budgétaires	14
B) L'évolution des métiers, la technicité et les protocoles viennent davantage encore amenuiser le stock de postes disponibles.....	16
1.2 Le contexte particulier du groupe hospitalier Sud-Nord-Est.....	17
1.2.1 Le site Nord-Est : état des lieux d'une procédure en place depuis deux ans	17
A) CLGPA : Les acteurs professionnels et agents dressent un état des lieux....	18
B) L'incidence sur la perception et le vécu des agents	22
1.2.2 Le site Sud : pas de procédure GPA formalisée, mais une réunion de suivi des droits statutaire des agents	28
A) Pas de mini GPA, mais un travail d'élaboration après la réunion du comité médical.....	28
B) Le dispositif actuel serait moins favorable à une étude approfondie des situations complexes	30
2 L'analyse des pratiques montre que des marges d'amélioration de la GPA sont possibles	35
2.1 Ils analysent et évaluent leur organisation	35
2.1.1 Les atouts des méthodes : un climat social plus apaisé à Nord/Est qu'à Sud	35
A) Nord-Est, comment les acteurs s'approprient leur dispositif.....	35
Le chef du personnel face à sa zone d'incertitude.....	36
B) Avantages de la CGPA non formalisée sur le site Sud	37
2.1.2 Inconvénients : à Nord/Est un document de suivi finalement peu suivi	39

A) Inconvénients de la procédure formalisée sur le site Nord/Est.....	39
B) Inconvénients de la procédure non formalisée de Sud.....	44
2.2 La synthèse critique de l'élève AAH-stagiaire.....	46
2.3 Quelle GPA pour le groupe hospitalier Sud-Nord-Est ?.....	50
2.3.1 Promouvoir une autre représentation de l'inaptitude au travail.....	51
Objectifs généraux, communication et réorientation sur le GH.....	51
2.3.2 Réaménagement et harmonisation du dispositif de GPA sur les deux sites..	53
Dispositions communes à Nord-Est et Sud.....	53
Modifications particulières sur le site Sud.....	57
Conclusion.....	59
Bibliographie.....	61
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH : attaché d'administration hospitalière

CGSIRMT : coordonnateur général de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

CLGPA : comité local de gestion personnalisée des agents

CPP : cadre paramédical de pôle

CRH : conseiller en ressources humaines

CSS : cadre supérieur de santé CS : cadre de santé

DG-GH : directeur général du groupe hospitalier

DRH : direction des ressources humaines ou directeur des ressources humaines (selon le contexte)

DS : directrice des soins

EHESP : École des hautes études en santé publique

EPS : établissement public de santé ETP : équivalent temps plein

FIPHFP : Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la Fonction publique

GH : groupe hospitalier

GPA : gestion personnalisée des agents

GPEEC : gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences

GPMC : gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

GRH : gestion des ressources humaines

HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire

OS : organisations syndicales

RH : ressources humaines

SAU : service d'accueil des urgences

TPER : tableau prévisionnel des emplois rémunérés

Introduction

La question de l' « inaptitude au travail » et la gestion personnalisée des agents hospitaliers

Les risques de santé au travail constituent un enjeu majeur en matière de santé publique. C'est ainsi que dans le cadre de ma formation, et au cours de mes stages, j'ai été interpellé par la problématique d'aides-soignants, qui en raison de diverses difficultés, ont développé une inaptitude à exercer les activités ordinaires de leur métier de soignant. Qu'ils soient maintenus à leur poste (et alors généralement déchargés de certaines tâches), ou bien repositionnés sur d'autres activités que le soin (bénéficiant parfois d'un changement de métier), ces agents connaissent un changement majeur dans leur situation professionnelle.

Par ailleurs, l' « inaptitude au travail » n'a pas seulement des conséquences sur l'expérience des aides-soignants concernés, mais également sur l'ensemble de l'organisation du travail hospitalier. En effet, l'accumulation de ces situations joue négativement sur l'organisation du travail et est souvent à l'origine d'une augmentation du taux d'absentéisme dans les services. Cet absentéisme, particulièrement préoccupant dans les unités d'hospitalisation, est un facteur de dégradation de la qualité des soins, par l'instabilité générée sur les seuils d'effectifs en personnels. A ce sujet, la mesure du phénomène des restrictions d'aptitudes professionnelles constitue un indicateur pertinent pour apprécier l'adéquation entre les ressources humaines nécessaires à la réalisation des orientations stratégiques du groupe hospitalier (GH), et celles effectivement disponibles et opérationnelles.

Depuis la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, cette question de l' « inaptitude au travail » relève de la responsabilité de tous les établissements publics de santé (EPS). Ceux-ci doivent en effet agir en matière de prévention et de traitement de ce risque ; et la loi précise les obligations de l'employeur public, qui doit prendre toute mesure adaptée permettant le reclassement des agents en état d'inaptitude partielle au travail. Ainsi, le reclassement professionnel pour motif médical constitue aujourd'hui un défi central pour les établissements publics de santé, tant sur le plan économique que social.

Dans ce cadre, la direction du GH Sud-Nord-Est, situé en région parisienne, a fait de ces questions une orientation stratégique prioritaire au sein d'un axe intitulé « Attractivité et RH ». Celui-ci a pour objectif l'amélioration des conditions de travail, ainsi que la réduction du taux d'absentéisme et du départ des d'agents en dehors du GH¹. Cet

¹ Document de synthèse « Réunion d'encadrement du GH Sud/Nord/Est », Vendredi 8 avril 2011

objectif s'est notamment traduit par la mise en œuvre d'une procédure de prise en charge et de repositionnement des agents en restriction d'aptitude, qui est formalisée sur le site Nord- Est. Cette procédure du repositionnement prévoit l'alerte, l'analyse et la recherche de solutions individualisées. Elle porte le nom de Gestion Personnalisée des Agents (GPA).

En somme, la GPA est une activité de gestion des ressources humaines (GRH), qui consiste à mettre en œuvre des réponses permettant à des agents en difficultés ou inaptes à leur poste de travail (problèmes de santé, « accidents de la vie »), de continuer à exercer une activité professionnelle.

Le groupe hospitalier Nord-Sud-Est et les enjeux de l'étude

J'ai effectué mon premier stage, d'élève Attaché d'Administration Hospitalière (AAH) au Service d'Accueil des Urgences (SAU) et les deux suivants auprès de l'AAH- Chef du personnel, à la Direction des Ressources Humaines (DRH) de l'EPS « Site-Nord-Est », l'un des trois sites du GH Sud-Nord-Est (SNE).

Le groupe SNE, créé en 2010, est issu d'une restructuration majeure d'un ensemble d'EPS d'Ile-de-France. Cette restructuration a conduit à la création de douze groupes hospitaliers.

La particularité de cette réorganisation est le maintien de la supra organisation, constituée d'un Siège. L'Autorité des GH est soumise à l'approbation du siège, concernant les décisions stratégiques et d'investissements majeurs.

La direction du groupe NSE a fait le choix de conserver deux DRH distinctes. Le Directeur des Ressources Humaines (DRH) du groupe assure les fonctions de Directeur du site Sud et DRH du groupe, tandis qu'une DRH adjointe est en responsabilité des sites Nord-Est qui bénéficient d'une administration commune. Les sites Nord-Est et Sud disposent chacun d'un AAH, qui assure la fonction de Chef du personnel et sont responsables de la gestion personnalisée des agents (GPA).

Les sites Nord-Est et Sud ont historiquement développé des particularités de gestion et d'organisation. Sur le site Nord-Est, la GPA est formalisée depuis 2010 sous la forme d'une commission locale de GPA (CLGPA). Afin d'organiser la prise en charge des agents en difficulté ou inaptes, la Directrice en RH du site Nord-Est a impulsé une procédure inspirée de son expérience antérieure dans un autre EPS. Le site Sud, quant à lui, a développé une approche différente, non formalisée, qui selon la DRH, est jugée insatisfaisante par les assistantes sociales et le médecin du travail.

Face à ces disparités de pratiques, la Direction Générale du groupe a acté le principe de l'harmonisation d'une procédure de GPA sur le GH dans son ensemble. C'est dans ce contexte que la DRH du site Nord/Est m'a proposé de réaliser un état des lieux des règles en vigueur sur le groupe, d'élaborer une analyse et de soumettre des suggestions afin d'harmoniser les pratiques entre les sites Nord/Est et Sud.

Dans ce cadre, mon étude, fondée sur une démarche hypothético-déductive, porte sur l'intérêt et les difficultés à mettre en œuvre une action spécifique pour remédier aux conséquences de l'inaptitude au travail de certains agents.

L'enjeu est de saisir de quelle manière la commande institutionnelle injonctive (à savoir l'instauration d'une GPA formalisée sur le site Sud), ainsi que la demande appuyée dans ce sens de certains acteurs du site Sud (les assistantes sociales et le médecin), peuvent trouver une réponse acceptable, en cas de mise en œuvre d'une démarche de groupe, inspirée de celle en vigueur sur le site Nord-Est.

Cette commande, issue du programme stratégique du GH, et adressée aux AAH et à l'élève stagiaire AAH, se rattache au champ de compétences des AAH relatif au relais et à la mise en œuvre des stratégies d'établissements de santé. Ce travail d'investigation a été conduit sous le monitorat de l'AAH-Chef du personnel et la responsabilité de la Directrice adjointe du site Nord-Est.

Les acteurs rencontrés

Les résultats de cette étude sont le fruit d'observations et d'entretiens auprès des différents acteurs intervenant, à des degrés divers, dans la procédure de GPA du GH. Aux pratiques et aux positionnements particulièrement hétérogènes, ces acteurs ont été regroupés selon une typologie qui les inscrit, dans une variation descendante, de la sphère politique et stratégique à la sphère d'exécution. Ils sont appréhendés selon les interactions stratégiques qui les lient dans le système d'actions institutionnelles.

Chaque fonction a été sollicitée dans les interviews.

Les agents institutionnels impliqués de prime abord sont le directeur général, les DRH et la CGSIRMT, décideurs des choix stratégiques.

Les directrices des soins infirmiers (DS) et les chefs du personnel (AAH) sont, selon leurs compétences respectives, en charge de la conception et de la mise en œuvre des décisions stratégiques engageant durablement le GH.

Le médecin du travail, la psychologue du personnel et les assistantes sociales du personnel se placent quant à eux dans un rôle d'expertise et d'intervention médico-sociale et psychologique.

La conseillère en ressources humaines (CRH) et la responsable formation (RF) assurent un appui technique spécialisé pour initier et/ou optimiser les évaluations et la mobilité des agents en reclassement.

Les cadres supérieurs de santé (CSS) et les cadres de santé de proximité (CS) sont les intervenants chargés d'encadrer les professionnels paramédicaux exerçant dans les unités de soins.

Les organisations syndicales (OS) représentant les agents participent, selon leurs prérogatives définies par la loi, aux instances représentatives du personnel. Elles mènent des actions de défense des intérêts des agents.

Enfin, les agents sujets de l'intervention sont des acteurs à part entière. Selon les difficultés qu'ils vivent, leurs manières d'agir ou leur inaction, ils structurent de manière déterminante le dispositif de la GPA.

L'ensemble de ces acteurs interagissent dans la structure du GH selon des déterminants liés aux fonctions qu'ils occupent, aux pouvoirs qu'ils détiennent, ainsi qu'aux capacités qu'ils possèdent et mettent en œuvre afin d'agir collectivement (les acteurs institutionnels) ou bien de bénéficier ou non d'une action de GPA (les agents). De fait, cette activité est donc sujette à des mouvements, des désaccords, des conflits d'intérêt et de pouvoir.

Les trois premières interviews effectuées sur le site Sud ont montré la complexité des interactions et les insatisfactions importantes de certains acteurs de la sphère d'expertise et d'intervention médico-sociale et psychologique. Leurs expériences antérieures, leur éthique professionnelle et les difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur activité font qu'ils ne partagent pas, ou émettent des réserves sur le fonctionnement en vigueur dans le site Sud – fonctionnement que j'analyserai dans la section 2.1.

Les limites de l'étude

Nous n'avons pas pu enquêter avec tous les acteurs que nous avions projeté de rencontrer initialement. Sur le site Nord-Est, deux agents ont été interviewés : l'un nous a été présenté par le chef du personnel, l'autre par un cadre de proximité, que nous avons sollicité directement. En revanche, sur le site Sud, notre recherche d'agents repositionnés n'a pas aboutie. Il semble que des agents, dont les situations sont en cours d'examen, ne sont pas dans des dispositions à pouvoir assumer les exigences d'une interview.

Les assistantes sociales du site Nord-Est n'ont pas pu être sollicitées par manque de temps disponible, et les interactions entre la directrice des soins (DS) et l'AAH du site Nord-Est sont étudiées à partir des observations que nous avons réalisées au cours de notre investissement durant le stage.

Également, compte tenu des tensions entre organisations syndicales (OS) et direction du GH, la DRH adjointe n'a pas souhaité que je prenne contact avec le secrétaire du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Pour autant, les analyses provenant de cette étude permettent de présenter un certain nombre de résultats intéressants, qui nous l'espérons apporteront une contribution utile, de l'élève AAH-stagiaire, en terme de suggestions à visées opérationnelles.

Problématique et hypothèse de l'étude

Ainsi, compte tenu de la différence de traitement des restrictions d'aptitude entre les sites Nord/Est et Sud, ainsi que de la difficulté de fonctionnement exprimée sur le site Sud par certains acteurs, il s'agit dans cette étude de répondre à une problématique centrale : quels sont les intérêts et les difficultés de l'organisation actuelle du repositionnement des agents en restrictions d'aptitude ? L'existence d'une instance de type CLGPA est-elle suffisante pour rendre efficiente une telle procédure ? La décision stratégique prise par la direction de l'EPS a-t-elle une incidence sur la mise en œuvre de la GPA ? Les réticences des acteurs impliqués sont-elles susceptibles de compromettre le suivi des mesures réalisées ? La réussite d'une entreprise de CLGPA implique-t-elle un engagement confiant et régulier des acteurs en jeu dans le processus ?

Face à ces interrogations, l'hypothèse suivante a été formulée – dont il s'agira de tester la validité dans les pages qui suivent : l'efficacité de la procédure GPA, soumise à un engagement stratégique de la Direction du GH, peut être compromise par les réserves des acteurs impliqués, s'ils ne se sentent pas reconnus ou doutent de l'utilisation de leur contribution au dispositif.

Un cadre théorique adapté à l'organisation du travail hospitalier

Dans le cadre de cette enquête, l'approche théorique et méthodologique développée par la sociologie des organisations est apparue particulièrement intéressante.

En effet, les particularités organisationnelles des sites du GH, ainsi que la multiplicité des acteurs impliqués dans la même perspective d'harmonisation de la GPA, nous ont conduit à choisir ce cadre théorique qui propose d'étudier les changements organisationnels (ici la volonté d'harmoniser la GPA) à travers une analyse des relations entre un système donné et les différents acteurs agissant en son sein². La notion de système apparaît alors comme un outil d'analyse qui permet la mise au jour des interdépendances entre les acteurs et les contraintes auxquelles ils sont confrontés.

La sociologie des organisations, qui s'interroge sur le fonctionnement des institutions publiques et privées, s'intéresse à leur structure, leur hiérarchie et aux rapports de pouvoir entre les acteurs des organisations. Elle suppose que le fonctionnement des institutions soumet les acteurs à des incertitudes, qui sont vécues comme des contraintes. Ces derniers intègrent alors les plus contraignantes, en développant des mécanismes d'adaptation ou/et de contournement. Ainsi, les changements vécus au sein d'une organisation, tels que des réformes structurelles, le départ d'un membre, l'arrivée de nouveaux, ou encore l'instauration de nouveaux protocoles, sont autant d'éléments qui sont intégrés dans le jeu des acteurs concernés. Poursuivant collectivement le même but institutionnel, ils sont donc conduits à développer leur propre stratégie, dans un environnement hiérarchique contraint. Cette faculté qu'ils s'octroient leur garantit une certaine marge d'autonomie et de pouvoir. Avec un tel cadre théorique, l'analyse des organisations est envisagée comme la résultante d'une confrontation entre des stratégies individuelles et un système d'action institutionnel.

Dans le cadre particulier de cette étude, la réalisation et l'harmonisation de la GPA à l'ensemble du GH sont des objectifs collectifs assignés à l'ensemble des acteurs. En ce sens, ce projet constitue le système d'action institutionnel à étudier, qui s'impose à tous.

Autrement dit, la formalisation institutionnelle de la GPA est donc envisagée ici comme un système mis en place dans le but de se conformer aux politiques publiques et à la réglementation, mais aussi de garantir la réalisation des objectifs stratégiques du GH. Selon cette proposition, aborder le système de la GPA nécessite de « traduire un problème » en un « réseau d'acteurs, concernés directement ou indirectement par le traitement de ce problème »³.

Méthodologie mise en œuvre et outils utilisés

Une consultation de mémoires disponibles dans la base documentaire de l'EHESP m'a conduit à une réflexion autour de l'absentéisme des agents, et des enjeux concernant

² Michel Crozier et Erhard Friedberg, « L'acteur et le système, Les contraintes de l'action collective », Éditions du Seuil, 1981, Première édition paru en 1977, collection « Sociologie politique »

³ Friedberg (thèse Anne Claire Mangel)

l'incapacité au travail en milieu hospitalier. L'élaboration d'un guide d'entretiens semi-directifs a été orienté afin de percevoir les rapports liant les acteurs, ainsi que les points de tensions, de satisfactions ou d'insatisfactions qu'ils vivent, et leur manière de les assumer.

Douze entretiens semi-directifs, d'une durée variant de 47 à 126 minutes, ont été réalisés sur les sites Nord/Est et Sud. Les entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits intégralement par nos soins.

Les acteurs interviewés et les instances de responsabilité sont classés selon un système que nous avons défini, qui les assemble en fonction de leur niveau de responsabilité :

- Acteurs stratégiques locaux : Direction Générale du GH et Directeurs de Ressources Humaines et CGSIRMT
- Conception et mise en œuvre des choix stratégiques : AAH et DS
- Expertise, intervention médicale-sociale et psychologique : médecin du travail, psychologue et assistantes sociales du personnel
- Appui technique spécialisé : CRH et responsable de la formation
- Intervenants paramédicaux : CSS, Cadre de santé de proximité
- Partenaire sociaux : syndicats
- Acteurs d'exécution, sujets de la GPA : agents en restriction d'aptitude professionnelle

Un certain nombre d'outils ont par ailleurs été utilisés :

- Documents internes au siège des GH d'Ile de France : protocoles d'accords...
- Travaux de mémoires disponibles à l'EHESP
- Cours de GRH de la formation AAH 20012
- Interviews des professionnels en charge de la gestion des personnels non médicaux (DS, conseillère en ressources humaines (CRH), Chefs du personnel, médecins du travail, responsable formation, assistantes sociales, cadre de santé, psychologue du personnel) des sites Sud/Nord/Est
- Interviews des agents ayant bénéficié d'un repositionnement professionnel dans le cadre d'une démarche de GPA ou non
- Ouvrages divers : prépa concours, « GRH dans la fonction publique », Suzanne Maury
- Protocoles spécifiques aux GH...
- Ouvrage de référence : L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective » Michel Crozier, Erhard Friedberg.

Plan de l'étude

La structuration de ce mémoire permet d'analyser les intérêts et les difficultés de l'organisation actuelle du repositionnement des agents en restriction d'aptitude, puis suggère des orientations possibles en vue d'améliorer l'efficacité de cette activité stratégique de l'organisation hospitalière.

Dans une première partie, nous aborderons le cadre législatif et réglementaire qui apporte une définition du phénomène des restrictions d'aptitudes et des obligations de moyens que doivent engager les EPS (section 1.1.1). Nous traiterons ensuite des conséquences induites sur la GPA par les réformes hospitalières et l'accroissement des normes et protocoles imposés aux organisations de travail (section 1.1.2).

Dans un second temps, nous préciserons les pratiques particulières des sites Nord-Est et Sud et leurs incidences sur le fonctionnement de l'organisation, selon que la GPA soit formalisée ou non (section 1.2).

La dernière partie de la recherche sera consacrée à l'analyse que font les acteurs de la GPA, une synthèse critique de l'élève AAH et l'exposé des suggestions d'amélioration et d'harmonisation des pratiques sur le GH (section 2).

1 La gestion personnalisée des agents (GPA), un contexte légal identique, mais une appropriation hétérogène sur les sites Sud et Nord-Est

1.1 Les contours de l'inaptitude au travail et le cadre réglementaire

1.1.1 L'EPS a une obligation de prise en compte de l'inaptitude au travail

A) L'inadaptation au travail : une diversité de situations prises en charge par les acteurs de l'expertise et de l'intervention médico-sociale et psychologique

La GPA a pour objectif de permettre aux agents en difficulté d'exercice professionnel, le maintien d'une activité réduite, aménagée, voire un reclassement professionnel dans un autre métier.

Elle renvoie donc à une question vaste et complexe : celle de l'inadaptation au travail. Initialement, cette notion était définie comme le « reflet à un moment donné d'une inadaptation entre l'individu et son environnement professionnel »⁴

Il peut en effet arriver que des agents voient leur activité modifiée en lien avec une restriction d'aptitude. Cette expérience est loin d'être homogène : elle correspond en réalité à une diversité de situations ; elle n'est pas toujours liée à un facteur professionnel reconnu ; ou encore, elle ne relève pas toujours de la GPA. Par exemple, l'absentéisme en lien avec les événements de la vie quotidienne, familiale ou sociale sont traités normalement par les procédures ordinaires, et ne concernent pas directement la Gestion Personnalisée des Agents.

Les soignants concernés par cette étude peuvent être confrontés à des problèmes somatiques et/ou psychiques qui réduisent leur capacité professionnelle. Cela conduit certains d'entre eux à désinvestir leur activité et s'absenter fréquemment avec des justifications médicales ou pas. D'autres, après une longue interruption d'activité, pour longue maladie ou accident du travail, reprennent leurs fonctions sur des postes aménagés. Les professions paramédicales et techniques semblent les plus concernées par ces problématiques.

- Des maux physiques aux perturbations psychiques : l'activité de GPA rencontre des limites

Le médecin du travail décrit plus de difficultés dans le reclassement en cas de problème psychique : « Pour les soignants, essentiellement, il y a toujours deux causes : il y a la cause physique, rhumatologique en fait, les tendinites, mal de dos, lombalgie, etc.

⁴ Note de la Direction du personnel et des Relations sociales, Protocole d'accord en faveur de la prévention et de la prise en charge de l'inaptitude, Paris le 1er juillet 2005.

Et puis il y a la cause mentale, les troubles mentaux, les troubles du comportement. À plusieurs degrés, voilà. Donc il faut savoir jusqu'à quand ils sont capables de rester dans un service, ou s'ils sont devenus inaptes aux soins. C'est ça qu'il faut évaluer .../... Quand même pas mal de psychotiques, psychose au travail. Il y a des gens en dépression, mais il y a aussi des gens plutôt psychotiques c'est-à-dire, c'est vrai un gros traitement lourd, avec des évolutions nécessitant des hospitalisations régulières, et qui en fait après ne peuvent plus affronter le monde des soins. Donc il faut les sortir du poste de travail. C'est toujours les 2 thèmes en fait. L'aspect physique, mais qui se ressent par une tendinopathie, trouble musculo squelettique c'est le terme générique. Le deuxième c'est l'aspect mental. Presque plus dangereux, parce qu'on ne sait pas ce que peuvent faire les patients. »

- ***L'exposition à des situations professionnelles éprouvantes psychiquement et physiquement, la durée de l'exposition, mais aussi les fragilités personnelles de certains semblent constituer des facteurs aggravants.***

La psychologue du travail mentionne ainsi « un autre monsieur, qui faisait trop de stress dans les services cliniques, et qu'on a mis dans les postes de maintenance, d'accueil. Voilà. Il y en a une, qui est en burnout, elle est effectivement en train de chercher à travailler dans un autre service. »

L'assistante sociale n°1 : « Ça peut concerner n'importe quelles catégories d'agents. Ça peut être aussi bien des agents hospitaliers, des gens qui travaillent dans les services transport etc. Moi j'ai eu une situation avec une IBODE qui prenait des médicaments, pour essayer d'être en forme, pour dormir etc. Et bien voilà, qui, mais qui, effectivement, il n'y a jamais eu de faute professionnelle, il y a jamais eu de gros truc, parce que il y avait toujours les autres autour qui compensaient.»

- ***Les difficultés du reclassement augmentent quand les agents ne disposent pas d'un socle minimum d'acquis scolaire***

Le Chef du personnel du site Nord-Est relate les stratégies de certains agents pour masquer leurs difficultés : « On a encore dans nos hôpitaux, des gens qui ne savent pas lire. Pas écrire, qui ont employé...et ça nous arrive encore d'en découvrir là en 2012. De découvrir des gens qui sont depuis des années et des années... ont mis en oeuvre des stratégies pour masquer leurs difficultés au niveau de l'écriture ou de la lecture »

- ***Les agents administratifs sont aussi concernés***

Le médecin du travail explique : « *Les administratifs ils ont beaucoup de problèmes musculo squelettique, contrairement à ce qu'on pourrait croire, du fait de cette installation devant cet ordinateur, toute une journée. Il y a des positions qui ne sont pas*

terribles sur Sud justement. Un certain nombre d'administratifs, sont venus me voir depuis un an, spontanément pour se plaindre de leurs conditions de travail. C'est la première fois

.../... que je trouve autant de gens de bureau qui se plaignent. Des administratifs. C'est la première fois .../... demandes croissantes, pression du cadre, je ne sais pas ce qu'ils ont, mais je découvre. Je n'ai pas d'avis défini, parce que je découvre. Je découvre au fur et à mesure. Je reçois des équipes complètes, administratives. Ce qui ne m'arrivait jamais. Avant je ne recevais que les soignants, »

- Les conditions de travail jouent également sur la prise de psychotropes

Les conditions de travail semblent aussi avoir une incidence dans la prise de psychotropes. Une assistante sociale constate particulièrement ce phénomène dans les « *services dans lesquels il y a beaucoup de pression. Des services où les gens pour tenir le coup, parce que ils travaillent en 12H, parce que voilà, on recourt à la prise de médicaments .../... »*

La psychologue du personnel reçoit aussi des agents dont les malaises ont d'autres origines : « *Oui, ou qui sont harcelés dans le travail. Là c'est des gens qui sont épuisés, qui redémarrent un cancer, qui sont angoissés, qui ont un problème conjugal, qui ont été maltraité, par quelqu'un, un supérieur hiérarchique »*

Dans un service très exposé au décès des patients, la psychologue remarque chez certains, après une carrière longue, des cas de burnout, dus à une perte de sens de l'utilité professionnelle. Elle rapporte ainsi les propos d'un soignant : « *et il dit aussi, c'est que l'hôpital traite différemment maintenant. L'accompagnement à la fin de vie n'est pas suffisant pour lui, la prise en charge de la fin de vie n'est pas satisfaisante. Donc, il est trop mal de ça .../... je crois qu'il trouve que le patient n'est pas suffisamment soulagé, n'est pas suffisamment, ça va trop vite. Il y a quelque chose où, et donc du coup, eux mêmes ne sont pas mis dans une situation où ils peuvent faire cet accompagnement, d'une façon qui lui permettrait d'être plus considéré dans la mission particulière d'accompagner une fin de vie »*

- Des facteurs personnels sévères ont un retentissement sur l'assiduité au travail

L'assistante sociale n°1, récemment arrivée sur le site Sud, relate des éléments puisés de son expérience professionnelle : « *.../... C'est ces personnes là, qui sont en addiction. Donc, quand je dis alcool, ça peut être d'ailleurs médicamenteux, ça peut être d'autres drogues. »*

Or, cette problématique addictive peut aussi se renforcer au travail. L'assistante sociale du personnel explique ainsi : « *il y a aussi le, comment dire, l'environnement*

favorisant. C'est à dire, allez viens, on va se fumer une cigarette, allez viens, on va se boire un petit apéro. »

Parfois, l'inadaptation professionnelle est massive, inexpliquée et n'est pas immédiatement identifiée et prise en charge par l'employeur.

La psychologue du personnel explique ainsi : « Et puis, il y en a qui carrément, ne sont pas forcément diagnostiqué en burnout, mais qui quittent le service du jour au lendemain, pendant un mois ou deux mois, ne donne pas de nouvelles. Donc ça s'appelle abandon de poste. Et, on peut dire que c'est du burnout. Moi je pense que c'est plus que du burnout, c'est des gens qui ont une réelle difficulté à l'adaptation au monde du travail, qui a l'occasion d'un petit machin, quelquefois c'est trois fois rien, peuvent complètement décompenser et s'en aller. Ils n'ont pas conscience que cela va avoir un impact sur.../... La motion pour sortir est plus forte, que, dans la balance que la conscience, qu'il faut peut-être s'expliquer d'abord, qu'il faut peut être prévenir, faut peut-être aller voir le médecin.

Alors ça, j'en ai vu plusieurs. Et au bout de un mois, il y en a qui au bout d'un moment en ont vraiment ras-le-bol, de plus retravailler, et au bout de quatre à cinq mois, ils finissent par se signaler et la médecine du travail essaye de les recaser dans un autre service de l'hôpital. Pendant tout ce temps là ils ont été payés, quelquefois ils ont même refusé de venir consulter les assistantes sociales ou le médecin, et un beau jour ils en ont marre d'être chez eux tout seuls avec leur chien, donc ils reviennent. Et puis il y en a d'autres qui reviennent avant, parce qu'ils sentent qu'ils ne vont pas bien.

En entreprise, on n'accepterait pas ça. Je veux dire, vous vous barrez, on a le droit de vous licencier. »

En somme, les figures de l'inaptitude au travail sont variées. Avec les soignants et les personnels techniques on retrouve aussi maintenant des administratifs.

Les causes physiques et psychiques, principaux motifs, sont parfois en lien avec des formes de harcèlement au travail ou des raisons strictement personnelles. Certaines personnes se placent dans des situations limites ou une procédure disciplinaire pourrait être engagée.

Si le statut de la fonction publique ménage un cadre protecteur et prévoit les obligations des établissements publics de santé, la prise en charge des personnes confrontées à ce problème est également variable.

B) Un corpus législatif et des accords entre partenaires sociaux dans le but de protéger les agents concernés par la restriction d'aptitude

La prise en compte par l'employeur public de l'inaptitude au travail est un droit. A la fédération des GH d'IdF, des protocoles entre partenaires sociaux sont venus préciser et compléter le dispositif général.

Récapitulons à présent ce corpus législatif et ces accords régissant la question de la restriction d'aptitude au travail.

- La loi de 1986

La Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière fait obligation à l'employeur public d'adapter le poste de travail, par suite de l'altération de l'état physique d'un fonctionnaire.

Le chapitre V de la section 3 de cette loi prévoit les conditions de l'inaptitude (art. 71 à 76), pouvant permettre un reclassement sur un grade identique, inférieur ou supérieur. Le reclassement est cependant subordonné à la demande de l'agent.

- La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et le FIPHFP.

Cette loi élargit l'acceptation de l'inaptitude, telle que définie dans le titre 4 de la fonction publique hospitalière. L'article 114 stipule que « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

La loi dispose que toute entreprise de plus de vingt salariés a une obligation d'emploi de 6 % de travailleurs handicapés. Les EPS qui ne se conforment pas à cette disposition doivent s'acquitter d'une contribution au Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publiques (FIPHFP). Ce fonds est un établissement public qui a pour mission de financer des aides, afin de favoriser l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

Depuis le décret n°2006-501 du 3 mai 2006, les aides sont mobilisables uniquement pour les agents affectés dans un autre corps par voie de détachement, ou bien lorsque le changement d'emploi au sein de leurs corps a été entériné par le Comité Médical⁵.

⁵ Le comité médical est une instance composée de médecins, de membres de l'administration et de représentants des personnels chargée de donner des avis sur les questions médicales des personnels de la fonction publique.

« En revanche, les agents reconnus inaptés dont le seul poste de travail a été aménagé, ne peuvent être comptabilisés »⁶ Par conséquent, ces agents ne sont pas éligibles au FIPHFP, car leur situation n'a pas été entérinée par le Comité Médical ou le médecin agréé de la Médecine statutaire.

- *Les protocoles d'accord entre partenaires sociaux*

Un protocole d'accord en faveur de la prévention et de la prise en charge de l'inaptitude, a été signé le 1er juillet 2005, entre le siège des douze GH et les organisations syndicales. Celui-ci impose aux directions des groupes d'instaurer des mesures concrètes pour permettre le maintien dans l'emploi des agents qui connaissent des restrictions d'aptitude. L'article 5 stipule le cadre général de la Commission de Gestion Personnalisée (CGPA) qui doit être instaurée dans chaque établissement.⁷

La loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées permet aux employeurs publics de solliciter des ressources afin de se conformer à leurs obligations.

Cependant, depuis l'arbitrage ministériel de mars 2007, le bénéfice du FIPHFP ne peut plus être accordé sans validation médicale du comité médical. Cette disposition restrictive contraint les employeurs publics à recenser et soumettre au comité tout dossier susceptible d'être éligible. Ce recensement permet en outre aux établissements de se conformer à l'obligation de recrutement de 6% de travailleurs handicapés, et s'affranchir ainsi du paiement de la taxe au FIPHFP.

D'autres dispositions législatives sont aussi intervenues. Ainsi, la réforme générale des politiques publiques (RGPP), la loi du 21 juillet 2009, dite HPST (Hôpital Patient Santé et Territoire) et la modification structurelle liée à la création des pôles d'activités ont transformé le niveau de responsabilité médicale et paramédicale dans l'hôpital.

1.1.2 Le Cadre légal et la réglementation ont réduit l'offre disponible pour la GPA

Le contexte national de la RGPP a eu une incidence sur toutes les fonctions publiques. Cependant, les réformes hospitalières ont également impacté les activités de gestion de l'inaptitude (loi HPST).

A) Les réformes et la réduction des marges de manœuvre budgétaires

- L'organisation en pôles et les contraintes budgétaires obligent à repenser les coopérations.

⁶ Arbitrage du Ministère de la santé, mars 2007, Guide Déclaration au FIPHFP, DRH de l'AP-HP, Département Santé au Travail et Politiques Sociales, Mission Handicap et Travail

⁷ Protocole d'accord en faveur de la prévention et de la prise en charge de l'inaptitude, 1er juillet 2005

Pour le médecin du travail, la création des pôles d'activités, conséquence du nouveau cadre légal, n'a pas facilité son intervention. Elle précise qu'elle n'est pas sollicitée par les services, ni les cadres : « *Rarement les cadres actuellement parce que il y a les pôles. Il y a la méconnaissance du médecin du travail cela ne fait qu'un an que je suis là.* »

Elle remarque aussi une dilution des responsabilités : « *on n'est pas certain que le cadre va accepter de reprendre l'agent dans son service, avec des restrictions. C'est là le problème, et maintenant il y a des pôles ou non seulement on doit alerter les DRH, ou qui vous voulez, mais il y a aussi la hiérarchie du chef de pôle, du cadre de pôle, du cadre PP, je ne sais pas de quoi, qui sont au-dessus des supérieurs et au-dessus des cadres infirmiers normaux de proximité. Et il faut l'avis de tout le monde, avant de pouvoir...* »

Sous un autre aspect, la psychologue du travail considère que l'organisation en pôle a accru le niveau d'exigence à l'égard des agents et leur malaise : « *A l'heure actuelle, du fait de la mise en pôle et du, des contraintes budgétaires, je trouve qu'on fait sentir à l'agent qu'il ne peut pas faire son travail très vite .../...donc ça veut dire que ça le pousse à venir me voir* ».

L'assistante sociale n°1 a la même appréciation : « *bien, je vous dis, c'est qu'en fait, là au jour d'aujourd'hui, les services sont de plus en plus à flux tendus. Donc, de toute façon on attend des personnels efficaces, compétents, bon voilà. Donc, dès que vous avez quelqu'un qui a une restriction, une problématique, c'est tout de suite très compliqué dans un service à gérer. Je pense que c'est ça, en réalité .../... à l'efficace qu'on attend d'un personnel, et donc aux représentations aussi, qu'on a d'ailleurs sûrement de la personne avec restrictions, etc. Et du sentiment de charge de travail que ça peut faire peser sur les autres.* »

Le chef du personnel confirme la raréfaction de l'offre de postes susceptibles d'être aménagés : « *Là aussi, on restructure les services, ou des activités, dans le domaine médico technique, justement, nos niches à postes super aménagés. Qu'est-ce qui se passe ? Et bien, les personnes qui étaient positionnées dessus ... et bien, elles ne trouvent plus leur place. Dans une organisation plus efficace .../... et bien, il y avait des personnes qui étaient restées sans affectation dans la nouvelle organisation. Et pour lesquelles, on n'avait pas trouvé de portes de sortie sur Sud.* »

- *L'exigence nouvelle de gains d'efficace a réduit l'offre en postes disponibles*

Le médecin du travail a une expérience sur plusieurs établissements, les aménagements de postes sont plus difficiles à organiser, « *mais autrefois, c'est vrai que*

ça existait comme ça. Les gens s'orientaient entre eux. Pour dire, elle, elle ne peut pas porter, celle là elle ne peut pas faire ça .../... la copine : "je vais le faire avec toi, ça ne se verra pas »

L'assistante sociale n°1 relate la situation d'agents pour lesquels la restriction d'aptitude n'est pas validée médicalement, mais concerne des agents en grandes difficultés qui malgré tout rendent service : *« .../... C'est typiquement les alcooliques. C'est des gens, qui sont effectivement en difficulté qui ne peuvent plus réaliser leur travail .../... quand je dis alcool, ça peut être d'ailleurs médicamenteux, ça peut-être d'autres drogues parce que on a aussi des gens qui prennent du cannabis etc. Voilà. Donc, effectivement ces situations là sont étouffées par ce qu'on se dit bon elle est gentille, oh il est mignon quand même, oh, et puis il nous rend service .../... il vient nous dépanner les week-ends chaque fois qu'on a un problème .../... Et en fait, ces gens-là, ça traîne ça traîne. Et puis le jour où l'institution vous dit et bien non, et bien là c'est fini, un point vous ne pouvez plus avoir de CDD. Parce que nous, là, les budgets sont bloqués. C'est terminé .../... D'accord, mais là c'est plus possible. Au secours la DRH. Au secours le service social, au secours le médecin du travail. Eh bien voilà. Hélas, on s'aperçoit que c'est souvent des situations qui traînent depuis quelquefois des années. »*

Avec la disparition du statut juridique des services de soins, les pôles d'activités sont désormais le nouvel échelon de la responsabilité médicale. Certains professionnels chevronnés ne semblent pas encore avoir bien assimilé les enjeux de cette réforme.

La nouvelle gouvernance hospitalière est l'un des aspects des changements opérés.

L'évolution des pratiques médicales et l'amélioration continue de la qualité des soins a aussi un effet sur les qualifications et les métiers à l'hôpital.

B) L'évolution des métiers, la technicité et les protocoles viennent davantage encore amenuiser le stock de postes disponibles

- Certifications, spécialisation et réglementation

L'évolution réglementaire et les contraintes budgétaires sont plus contraignantes. Le chef du personnel du site Nord-Est précise : *« C'est les contraintes budgétaires, les contraintes d'organisation et puis après, les contraintes de réglementation. Tu mets tout ça ensemble réglementation, soins .../... à propos des bonnes pratiques en matière d'examens de laboratoire de processus maintenant qui sont très très cadrés. Il est bien évident que quelqu'un qui ne va pas enregistrer correctement l'examen au début de la chaîne, à la fin on peut dire, on risque d'avoir un dysfonctionnement. Donc ça devient de plus en plus difficile .../... La contrainte forte forte, c'est la contrainte souvent financière, mais on voit monter tout ce qui tourne autour de l'accréditation, processus labélisé, réglementations, qui est très très importante. »*

La CRH, qui a une connaissance fine des métiers propices aux reclassements, particulièrement des personnels hospitaliers, dresse le même constat. Auparavant, elle avait accès à un stock potentiel de postes disponibles qui s'est considérablement réduit : *« Moi j'ai vu de l'évolution, parce que tout de même j'ai travaillé sur ça pendant sept ans. Et c'est vrai qu'en sept ans, on voit vraiment le périmètre des possibilités se réduire. »*

Le GH, en se recentrant sur son cœur de métier (le soin), a externalisé de nombreuses fonctions supports telles que le nettoyage, le gardiennage, certaines fonctions administratives, etc. Cette transformation des compétences utiles a restreint l'offre en postes à faible technicité. Les rationalisations budgétaires ont conduit simultanément à la compression des effectifs en personnel.

1.2 Le contexte particulier du groupe hospitalier Sud-Nord-Est

Comme décrit en introduction de cette étude, les dispositifs de prise en charge des agents en restrictions d'aptitude se réalisent selon deux modalités : dans le site Nord/Est, la GPA est formalisée et encadrée structurellement ; dans le site Sud, elle est informelle et moins visible institutionnellement. Cette sous-section sera consacrée à l'exposé du dispositif de chacun des sites, tel qu'il est décrit par les acteurs du GH, ainsi que des critiques ou des remarques qu'ils ont formulées.

1.2.1 Le site Nord-Est : état des lieux d'une procédure en place depuis deux ans

La CLGPA est conforme au protocole en vigueur à la fédération des GH d'IdF. Elle vise à maintenir dans l'emploi des personnes en situation de handicap ou d'inaptitude par l'analyse pluriprofessionnelle des membres de la commission. Celle-ci peut s'appuyer sur un bilan et, après un partage de points de vue, adopte une décision, dans la limite des dispositions statutaires.

Dans le cadre de la CLGPA, l'inaptitude au travail est appréhendée comme une impossibilité temporaire dans laquelle se trouve un agent d'effectuer les missions qui lui sont imparties. Les causes de l'inaptitude ont pour origine des facteurs professionnels, extra-professionnels ou confondus.

L'activation de la procédure

La première démarche est la demande d'intervention. Seuls les membres permanents ont la possibilité de saisir la commission, qui garantit la mise en œuvre de la GPA.

L'instance est composée du Médecin du travail, du chef du personnel et de la DRH, de la directrice des soins du conseiller en ressources humaines (également référent

handicap et inaptitude), du responsable de formation, du chargé des conditions de travail, du médecin de contrôle, de la responsable de la formation, d'un cadre paramédical de pôle et des assistantes sociales du personnel. La participation de personnes externes peut être sollicitée en fonction des besoins.

Un plan d'action est défini et un référent est désigné au sein de la commission. Il a pour mission le suivi de l'agent pendant toute la durée de l'intervention.

Les motifs les plus courants de saisie de la commission sont :

- des absences ou des arrêts de travail répétés
- des difficultés d'intégration dans le service
- des difficultés relationnelles dans le service
- des problèmes de comportement par rapport aux patients et à leur famille ou aux équipes
- des inadaptations professionnelles

Le C.L.G.P.A. du site Nord-Est traite également des situations de reconversion professionnelle d'agents, dans le cadre de la Mission Handicap. En effet, la CRH, référente handicap du site Nord-Est, doit mener le recensement annuel des travailleurs handicapés, identifier les agents en restrictions d'aptitude, pouvant être entérinés par le comité médical, afin de bénéficier de financements spécifiques. Sa fiche de poste intègre aussi les activités relatives aux mobilités professionnelles.

A) CLGPA : Les acteurs professionnels et agents dressent un état des lieux

Les commissions locales de GPA se réunissent en moyenne tous les deux mois. Durant l'année 2010, sept commissions plénières ont été réunies. Le dispositif n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation.

- *La CLGPA, une instance de dernier recours*

Le chef du personnel considère l'instance GPA comme une nécessité de dernier recours : *« Arrivent souvent en GPA les insolubles. C'est-à-dire qu'on est très démuni. C'est-à-dire que chacun à notre niveau, on ne sait plus quoi faire .../... et on met donc du coup une situation au milieu de la table et on en parle tous, et chacun arrive avec sa vision de la situation. Ça permet d'avoir, vraiment un moment de partage d'informations. »*

Le chef du personnel précise que la CLGPA est une formalisation utile pour élaborer un diagnostic partagé, mais insuffisante pour résoudre de manière pragmatique les problèmes, *« .../... en termes opérationnels c'est pas la qu'on va agir, c'est là ou on va décider qui va prendre la suite et selon quelle direction .../... Et ces réunions elles sont tous les 2 mois. Donc la situation d'un agent en terme de repositionnement professionnel peut évoluer d'un jour à l'autre. Si on attend 2 mois pour vraiment... Donc il y a une vie en*

dehors de ces rencontres, et énormément de situations ne passent pas en GLGPA parce que au cours des 2 mois, entre 2 séances, il y a une situation qui est apparue, on l'a la gérée au jour le jour... La direction des soins, la CRH, moi, les services, le pôle, les pôles, l'assistante sociale éventuellement, le médecin du travail et là, de façon complètement effilochée. Parce que on a besoin de cette réactivité. »

Malgré les recherches en cours, le GH ne dispose toujours pas d'un effectif suffisant de médecin du travail.

- *Les mini GPA, ou le traitement des situations courantes*

Sur le site Nord-Est, des réunions regroupant ponctuellement les professionnels concernés sont programmées, pour éviter l'accumulation des problématiques lourdes. La CRH explicite son fonctionnement : *« hors les plénières. On fait des mini GPA, parce que tout compte fait, les CLGPA c'est super compliqué à organiser. Il faut que tout le monde ait la même date disponible .../... Il faut que je prévois un planning annuel, c'est tellement compliqué. Puisque que, dans les CLGPA, vraiment les plénières, on trouve la médecine du travail, donc ici, c'est une infirmière qui vient, parce que le médecin du travail ne peut pas. Il y a la médecine de contrôle, donc M. XYZ Il y a les deux assistantes sociales du personnel, il y a la responsable de formation, il y a la direction des soins, il y a Mme la DRH adjointe, il y a le Chef du personnel. Donc, ça fait beaucoup de personnes à convoquer, à réunir. Donc pour ça, il y a les mini GPA. C'est bien .../... et puis, on se rend compte qu'il faut en faire, et bien régulièrement. C'est vrai, on a plein de dossiers. La directrice des soins à chaque fois, quand il y a des retours d'agents de congés, des arrêts maladie, de trucs, etc., chaque fois elle a plein de dossiers à présenter. Plus un peu d'administratif aussi, donc, on n'en a quand même pas mal. Donc j'en avais prévu une fin octobre, Et au mois d'août, je me suis dit, c'est pas possible, là, on a plein de situations. Donc on a réussi à en faire une fin août. Voilà »*

- *La médecine du travail, une spécialité très recherchée*

Sur le site Nord-Est, la médecine du travail s'exerce en procédure dégradée, le médecin du travail est de fait exclu de la CLGPA.

L'AAH-chef du personnel expose l'état des lieux à Nord-Est : *« Alors, le médecin du travail, on est en pénurie, énorme pénurie là. On va arriver péniblement à 0,60. Un médecin qui fait 0,40, et un médecin qui fait 0,20. En plus de ça, c'est deux personnes différentes. Quand tu as un agent qui a été vu par un médecin du travail. A un jour donné. La situation se dégrade dans la semaine, ou la semaine d'après, mais pas forcément le jour où le médecin du travail est présent. Comment on fait ? C'est difficile, il y a des choses qui s'écrivent sur un dossier, et il y a une connaissance de l'individu qui n'est pas négligeable dans ce type de métier .../... c'est une difficulté majeure. »*

Les activités préventives du médecin du travail sont réduites, l'alerte sur des situations préoccupantes n'est pas optimale. L'AAH relate d'autres conséquences due au déficit de médecin du travail : « *Par exemple, on a des visites qui sont obligatoires au niveau du centre de restauration. Il y a des personnes qui ne sont pas passés en visite depuis 2010. Oui, mais bon, qu'est-ce que tu veux faire, parce que les médecins du travail, c'est pas que les visites systématiques : c'est les visites d'embauche, c'est suivre certaines personnes dont on n'a pas forcément connaissance. Elles voient les personnes régulièrement pour les suivre. Et éventuellement pour nous alerter, à ce moment là, si la situation médicale de cet agent a une incidence sur son poste, bon sa position.* »

En somme, la carence de temps médical prive régulièrement la CLGPA de cette expertise, et affecte aussi la mission de prévention et de surveillance de la médecine du travail. Cette insuffisance de la fonction préventive (défaut de dépistage précoce) pourrait constituer un facteur de complication de l'inaptitude au travail de certains agents.

- *Le rôle du CRH et du chargé de formation*

La CRH a une mission transversale, dans tout le GH, à propos de la mobilité professionnelle. Elle reçoit à leur demande, en consultation personnalisée, les agents qui la sollicitent. Psychologue clinicienne de formation, elle a exercé plusieurs années dans une entreprise privée, spécialisée dans les bilans de compétences et le maintien des personnes handicapées dans l'emploi.

Pour remplir sa mission, elle mène un dialogue quotidien avec ses interlocuteurs institutionnels sur le GH: « *Maintenant que je suis dedans en local, je vois bien que ça n'est pas facile non plus. Je vois bien que tout compte fait, il n'y a pas tellement de grande visibilité sur les postes. C'est après, c'est en en parlant avec la chef du personnel, avec la direction des soins, avec différentes personnes, mais pas tout de suite, peut-être dans quelques mois. Je pense à un poste qui va se libérer en décembre, parce que la personne va partir à la retraite. Enfin, c'est vraiment, oui c'est un tricotage interne, et sur du long terme. Enfin sur du plus ou moins long terme* »

C'est donc par un échange permanent avec les autres acteurs institutionnels de la GPA qu'elle parvient à dénouer, difficilement, les situations qui lui sont soumises.

Elle peut recevoir de manière anonyme les agents et sollicite systématiquement leur adhésion si elle doit évoquer leur situation personnelle avec d'autres acteurs de la GPA.⁸

Elle s'efforce d'être réactive aux demandes : « *les gens aussi savent. Moi j'essaie vraiment d'être accessible, à eux. Déjà, c'est vrai que je ne renvoie jamais de mail par exemple. Ils savent qu'ils peuvent m'appeler directement, que je donne des rendez-vous,*

⁸ Art. 5 du protocole d'accord en faveur de la prévention et la prise en charge de l'inaptitude, 1er juillet 2005, Fédération des GH d'IdF.

directement, très vite.../... Et que, voilà, chaque fois que je reçois quelqu'un, moi c'est vraiment ça, donnez-moi des nouvelles .../... quand je sais que quelqu'un va voir la médecine du travail et que je sais que c'est important pour la reprise de poste .../... Soit la personne le fait, soit je le fais après, pour savoir ce qui se passe. Donc, je prends les rendez-vous, effectivement souvent, à la médecine du travail, »

La CRH semble être le pivot de l'activité GPA, en terme de coordination. Elle précise que le suivi des agents est notifié dans un document de synthèse, *« mais en même temps, toutes ces situations sont connues de tout le monde .../... quand par exemple on dit, oui telle personne va partir en formation, la responsable de la formation me donne des infos sur cette situation .../... si moi on me demande, sa cadre, si elle me demande, alors ça donne quoi, elle part en formation ? Je peux dire oui, ça y est »*

La CRH est responsable du recensement des personnes handicapées travaillant sur le site Nord-Est. Le quota de 6 % à atteindre est un challenge qu'elle doit relever : *« Parce que cet hôpital, comme tous les hôpitaux, je pense sont remplis de postes aménagés et adaptés. Ce qui fait, beaucoup de difficultés dans les services. Et en même temps, on n'a pas notre taux⁹. Et on paye. »*

- *Les liens DS-Chef du personnel et DRH...*

La collaboration entre la directrice des soins et l'AAH-chef du personnel se fait à la demande ; chacun gère les situations selon ses compétences :

« C'est-à-dire qu'il y a des situations, moi je ne touche pas aux soins, j'essaie de faire très attention à cela. Les situations de personnes, des soignants, je n'ai pas à les gérer en solo. Bien évident. Je n'ai pas les compétences .../... c'est la directrice des soins, mais on échange très régulièrement .../... sur les situations où on a une difficulté. Mais il y a aussi quantité qu'elle gère elle-même .../...si il n'y a pas de problématique derrière, elle va la gérer en solo .../... avec ses interlocuteurs. »

« Mais on échange très régulièrement, on échange très régulièrement sur les situations où on a une difficulté .../... C'est quand la situation est plus complexe, et j'allais dire un peu multifactorielle. »

- *Le document partagé*

Le document partagé est un fichier de type tableur, qui retrace l'historique des situations pour lesquelles la CLGPA a eu à intervenir, et devrait être une aide au suivi pour tous les acteurs qui détiennent une autorisation d'accès. Mais, hormis la médecine du travail, cet outil est très peu utilisé. Le chef du personnel exprime un avis mitigé : *« J'en ai pas perçu l'utilité .../... La direction des soins ne le remplit pas beaucoup, moi non*

⁹ Tous les EPS doivent recruter ou sous-traiter des activités par des travailleurs handicapés avec la limite minimum de 6% de leurs effectifs.

plus, je ne l'ai pas rempli beaucoup non plus. Bon voila, il n'est pas énormément utilisé, quoi. Mais c'est vrai, qu'à mon avis, ça peut être un outil précieux. Parce que justement, c'est un outil de partage, en dehors des GPA. Hors, comme moi je n'y mets rien. »

Hormis par la médecine du travail, le suivi des agents, au travers du document partagé, est peu utilisé (AAH, DS, CSS)

- *La collaboration interpersonnelle*

Un lien régulier est instauré entre le chef du personnel et la responsable formation, pour anticiper les retours des agents sur le site, apprécier par anticipation le retour au poste de travail : *« C'est le responsable de formation qui trois mois avant la fin du cursus m'envoie un petit message, un petit ballon : bon, madame machin sort de formations à cette période-là... juste un rappel .../... Mais revenir dans quelles conditions je vais revenir. Dans quelle condition physique, psychique. On a tout intérêt à avoir ce type de prévision, parce que sinon on se retrouve un petit peu coincé. »*

De nombreux échanges informels ont lieu, permettant de traiter les situations courantes. Le CRH, acteur pivot, coordonne et organise des réunions plus formelles (des mini GPA), lorsque l'éclairage pluri professionnel doit conduire à des prises de décisions courantes.

Après cette présentation du point de vue des acteurs en charge de la GPA, nous allons nous attacher maintenant à présenter l'appréciation par les agents concernés par ce dispositif.

B) L'incidence sur la perception et le vécu des agents

Deux agents ont été interviewés. Toutes les deux étaient initialement aide-soignante. L'agent n°1, a bénéficié d'une procédure de reclassement devant permettre à terme d'accéder à un grade supérieur : elle est en voie de passer le concours de secrétaire médicale.

La seconde, secrétaire hospitalière, n'a pas fait de formation de reclassement. Elle exprime des frustrations et souhaite changer de service.

La situation d'un troisième agent, suivi par la CRH sera abordée. Cette personne, infirmière diplômée d'État, a une reconnaissance officielle de la qualité de travailleur handicapé, mais refuse de la faire valoir auprès de son employeur.

L'allergie au détergeant compromet définitivement la carrière espérée par l'agent n°1

L'agent n°1 n'exerce plus le métier d'aide-soignante depuis deux ans et demi à cause d'une réaction allergique à un désinfectant très répandu. Après une formation qualifiante, elle a été reclassée sur un poste de secrétaire médicale et est en attente de

passage du concours. Elle souhaite être titularisée sur ce grade. Elle n'est plus en activité dans un service d'hospitalisation.

Elle avait choisi le métier d'AS, par vocation, et espérait accéder par la suite à la formation d'infirmière. Malgré une formation qualifiante et une période d'interruption de deux ans et demi en activité de soins, le « deuil » de son projet de vie professionnelle n'est pas réalisé : *« l'envie ne m'a jamais quitté, oui. Mais après, je pense qu'au niveau administratif, déjà, je pense que tout de suite, quand je dis que j'ai ce problème, d'allergies, tout de suite, je pense qu'on pense que le métier d'infirmière ne conviendrait pas. Donc .../... parce que comme je vous dis, moi, dans le domaine du soin, j'étais vraiment à l'aise. Je me projetais un peu sur le métier d'infirmière que j'ai dû occulter, là c'est tout autre chose. »*

Renonçant à son ancien métier, elle s'approprie un nouveau projet

Cependant, l'expression de son ambivalence montre que l'agent N°1 est en cours d'évolution et reconnaît des satisfactions aux fonctions nouvelles qu'elle occupe : *« En contrepartie oui, on va dire que j'ai eu plusieurs phases, où j'ai dû justement, tenter de me faire à l'idée que je ne pourrais sans doute être jamais, jamais infirmière. Oui en contrepartie, je sais pas, je trouve un équilibre. Je me sens vraiment bien dans ma fonction, j'ai occupé la fonction de secrétaire hospitalière, pendant un an. C'est ce qui m'a donné envie, tout compte fait, de m'orienter vers le secrétariat médical »*

Elle a suivi un parcours de GPA complet et a éprouvé successivement tous les maillons des acteurs institutionnels : l'alerte, l'expertise, le diagnostic, le reclassement et le suivi. Elle a été en position d'exprimer ses souhaits : *« le bilan de compétences m'a été proposé, mais je n'ai pas accepté. J'avais quand même une idée de ce que je voulais, pour moi je n'en voyais pas l'utilité. »*

Ce qu'elle voulait encore à ce moment là : *« et bien déjà rester dans la structure hospitalière, être encore auprès des patients, auprès du médecin. »*

Sur le plan familial et personnel, cette période fut éprouvante : *« Parce que déjà, il fallait reprendre des cours, donc changement d'horaires, j'ai aussi une petite fille. Encore, il fallait que je change mon organisation. J'ai eu un peu de mal à me faire à l'idée de quitter mon métier d'aide-soignante. Il y a eu un coup de déprime, à un moment. Je pense qu'au niveau familial ça s'est un peu ressenti, peut-être même beaucoup. Donc, voilà. J'ai, il a fallu, m'y faire, tout un chemin, un cheminement, un travail. Ca a été un parcours de, de refaire, de me réorienter .../... je pense que ça se fait par étapes. Il fallait quand même repartir sur autre chose, c'est ce que j'ai fait. »*

L'agent n°1 a bénéficié complètement du dispositif de la GPA

Tout au long de son parcours, elle fut en contact avec le chef du personnel, la CRH. Les cadres de proximité étaient, semble-t-il, eux aussi impliqués : *« oui j'ai été revu, par la responsable de la formation continue, par le chef du personnel. On a eu un suivi très régulier, régulier et rigoureux. Je pense que j'ai eu, que dès que j'ai eu, une, des questions concernant ma réinsertion, enfin, tout de suite, j'ai eu des réponses assez rapidement. De la part du service du personnel .../... je communiquais soit par mail ou j'appelais directement. Le chef du personnel me recontactait par la suite, ou éventuellement les cadres. »*

L'agent n°1, après une phase d'abattement liée à la déception de ne pouvoir poursuivre une carrière d'aide-soignante, assume la réalité de son changement de métier. Son sentiment d'appartenance professionnel au corps des soignants s'estompe. Elle a une bonne connaissance du dispositif et des ressources dont elle peut se saisir pour parvenir à ses objectifs.

Un verglas hivernal compromet durablement la vocation de l'agent n°2

L'agent n°2, alors qu'elle exerçait en qualité d'aide-soignante, fut victime d'un accident de trajet, validé en accident de travail. Elle est actuellement positionnée sur une fonction de secrétariat hospitalier. Exerçant à proximité immédiate des patients, elle exprime ses difficultés de ne plus travailler auprès des patients.

Elle est particulièrement attachée au GH Sud-Nord-Est, qui est le premier et seul employeur de toute sa carrière. Titulaire d'un BEP de comptabilité, elle n'a jamais travaillé dans ce domaine. C'est par choix qu'elle s'est orientée vers le métier d'aide-soignante. Sa carrière à la fédération des GH d'IdF est un élément déterminant de son identité professionnelle : *« ma grand-mère travaillait déjà au site Est, on est déjà une famille des GH d'IdF .../... Ma mère était aide soignante en rhumato, .../..., et ma tante était cadre anesthésiste, .../... Voila. Pourquoi... et ça continue, puisque j'ai une soeur qui est infirmière aux urgences d'un autre GH d'IdF, et une autre qui était aide soignante en consultation d'endocrino. »*

L'agent n° 2 relate l'énergie qu'elle a dû mobiliser, contre l'avis du médecin de contrôle, qui refusait d'accéder à sa demande de reprise d'activité. Depuis sa reprise, elle n'a pas été évaluée par le médecin du travail : *« Au bout de 2 ans d'arrêt, dès la première année, j'ai essayé de reprendre .../... Et ça s'est avéré qu'au niveau de la médecine du travail, à chaque fois que j'y suis allé. J'ai essayé, j'ai fait 3 tentatives de reprises de travail qui ont échoué. Puisque bon, on a dit, reprendre au niveau des soins, ça ne serait pas possible .../... pour la bonne raison que ma consolidation s'est faite vraiment progressivement .../... et puis bon, toutes les fois ou vous vous sentez capable de*

reprendre, et en fin de compte ça n'est jamais le bon moment. Parce que, bon, les séquelles sont là. Vous, vous ne les voyez qu'à moitié, mais en fin de compte, quand vous vous projetez dans une salle à devoir réellement vous occuper de patients, vous dite est-ce que je pourrai... est-ce que je ne serai pas non plus enquiquinante pour mes collègues. .../... Donc, et bon la deuxième fois, et bon, pour la énième fois quand j'ai essayé de reprendre... Je suis arrivé à la médecine du travail avec un arrêt final, ils m'ont dit et bien non. Vous ne pouvez pas reprendre comme ça .../... On vous dit, non non, ça ne sera pas faisable, vous êtes un peu déçu, pas mal déçu. »

Elle s'obstine et reprend le travail en contournant l'avis médical

Après ce refus, elle adopte une « tactique » de contournement, afin de parvenir à faire valoir sa volonté : « j'ai été chez un médecin qui ne me connaissait pas. (rires...) Je suis allé chez un médecin qui ne me connaissait pas. Parce que je me suis dit, il faut que je coupe cette routine du médecin qui en fin de compte, me dit que je suis toujours inapte. Vous voulez faire le papier, je veux bien. Mais, par rapport à votre profession, vous ne pouvez toujours pas reprendre, au niveau soins .../... il m'a fait un arrêt final, en décrivant mes séquelles. J'ai peut être eu tort ce jour là, mais en tout cas, par rapport à ça, quand je l'ai envoyé au méde... au bureau du personnel, on m'a dit, et bien voila. Il n'y a pas de problème. On m'a dit arrêt final. Médecine du travail. »

Le médecin du travail l'a orienté. Tout à la fois reconnaissante de cette opportunité, elle culpabilise vis-à-vis de ses limitations physiques et est éprouvée par son nouveau poste : « il a demandé à la secrétaire de me sortir les différents numéros, où contacter quelqu'un. Chose que j'aurai fait de moi même. A un moment donné, j'aurai été au bureau du personnel .../... Bon, on m'a informé, j'ai pris les rendez-vous. Et ça c'est un petit peu décanté comme ça .../... Après, je peux faire une formation pour devenir secrétaire médicale. Mais pour le moment, au jour d'aujourd'hui, pour reprendre, à part dans le secrétariat, pour le moment, on ne voit pas trop ou me reclasser. Maintenant, j'avoue que moi, j'ai une chance inouïe d'être dans le public. Parce que peut être que dans le privé, on ne peut peut être pas reclasser les gens comme ça. Maintenant, ça s'est fait d'une façon que bon, à la fois je me suis tu parce que c'est moi qui embêtait le monde entre guillemet, pour reprendre. Bon je me suis dit, quand il y a une coupure sociale, de 2 ans, et que vous arrivez dans un service tel les urgences, ou il y a un mouvement permanent, où vous n'êtes pas formé, comment dire, pour le métier que vous allez effectuer, le grade que vous allez effectuer .../... Maintenant, ceci dit, au jour d'aujourd'hui je fais un métier, enfin je fais un emploi que je n'aime pas. Ca c'est le moins qu'on puisse dire. »

Mais elle n'assume pas ce changement de profession

Elle vit également un conflit interne d'ordre éthique : elle se dit sollicitée par les patients, qu'elle estime mal pris en charge du fait de l'organisation du travail au SAU, et est insatisfaite de ne pouvoir répondre aux appels de ceux-ci : « *Pour la bonne raison que moi, quand un patient à l'UHU me demande quelque chose .../... Forcément, vous êtes déjà dans la paperasserie, donc vous êtes en train de demander une ambulance, ou autre. Et juste à côté, vous avez quelqu'un sur un brancard. Et donc, le... c'est encore plus, enfin c'est encore plus destructeur, enfin entre guillemet, j'emploie ce mot, qui est peut être trop fort, mais quand vous n'allez pas bien, ça, vous l'avez encore en pleine face. Parce que cette personne vous demande de l'aide. Mais vous n'avez pas assisté aux transmissions .../... Le patient vous dit, s'il vous plaît, s'il vous plaît. Voila. Si vous êtes au téléphone, ou bien en train de chercher une place ou autre. Bon, moi j'essaie de le faire, j'essaie de le faire. Maintenant mes collègues me disent, tu es secrétaire, t'es plus aide soignante .../... Est-ce que tu as commandé une ambulance, est-ce que ceci, est-ce que cela ? Quand vous vous approchez, la personne vous dit, et bien écoutez, moi je voudrais, je voudrais juste un verre d'eau. Tout le monde passe, personne ne me... j'interpelle tout le monde .../... Donc je suis passée pour une enquiquineuse qui ne reste pas à sa place, en tant que secrétaire. C'est à dire que voila. T'es secrétaire, donc reste à ta place. Parce que, pour lui donner de l'eau à ce patient, il faut que vous sachiez au moins si il a le droit. C'est à dire s'il n'est pas en restriction hydrique. Si il n'est pas à jeun, enfin le minimum que vous vous avez appris en tant qu'aide soignante »*

Elle envisage aussi le problème en qualité d'aide-soignante, et, analysant la situation, elle identifie les conditions de travail comme un facteur aggravant : « *Enfin c'est à dire que moi, mon poste, je ne peux pas aider, mais en même temps, je vois bien que eux, par rapport à ce qu'ils font, et bien il y a le surmenage. Donc, il y a des moments où ils sont obligés de quitter la pièce. Ils ont envie de s'aérer, ils ont envie de fumer, ils ont envie de faire ce qu'ils veulent, sauf que quand ils quittent tous leur poste, c'est là que vous dites, il y a quelque chose qui ne va pas. Les gens effectivement ils n'ont pas tort quand ils sont au fond d'un brancard et qu'ils vous disent s'il vous plaît s'il vous plaît.»*

L'agent n°2 exprime sa difficulté de positionnement dans la fonction de secrétaire hospitalière. Ses interventions auprès des patients semblent mal vécus par ses collègues et sont source de tensions dans l'équipe.

Sur le plan somatique, elle souffre encore de séquelles persistantes non évaluées. Elle n'a pas suivi les conseils de son médecin généraliste qui lui suggérait de consulter le médecin expert de la fédération des GH d'IdF. Elle s'impose une discipline afin de s'adapter : « *C'est à moi d'essayer, entre guillemets de me battre. Je ne vais pas arriver, et qu'on m'apporte tout à mes pieds, quoi. J'ai essayé de m'intégrer, quoi .../... J'ai pas la qualification, j'ai pas de diplôme de secrétaire, mais il faut quand même que .../... »*

Elle considère que ne pas émettre officiellement de doléances sur ses conditions de travail est une façon de démontrer son courage et sa bonne volonté à s'adapter. Cependant, elle estime, sans en connaître les modalités, que sa situation devrait être évaluée : « *Non, je vous dis, un suivi peut-être. Je ne sais pas si c'est du ressort du bureau du personnel, mais bon après, peut être pour les gens, et bien, ceux qui ont en plus, c'est pas une question d'avoir plus de tempérament, mais les gens qui vont, qui ont vraiment pas envie de, qui n'ont pas envie de se décarcasser à s'intégrer, qui vont remonter avant les 3 mois au bureau du personnel, et qui vont dire non non non. Vous me trouvez autre chose. Je pense que voilà, trouver un suivi. C'est comme là, je vous dis, peut être que c'est un tort de ne pas faire évaluer mes séquelles .../... J'ai toujours ces douleurs neuro sensorielles qui sont beaucoup moins importantes. Ah oui, ça ne m'empêche pas de dormir comme avant. »*

Le troisième agent veut rester caché et ne pas faire de vagues

L'agent n°3, est un agent que la CRH a rencontré. Cet agent est reconnu comme travailleur handicapé (RQTH), mais n'a pas souhaité le faire valoir auprès de son employeur. Selon la CRH, cette personne rencontra des difficultés importantes dans son service, alors que semble t-il, on voulait lui imposer une charge de travail incompatible avec son handicap. Quand la conseillère en ressources humaines lui proposa de l'aider afin de faire valoir son droit à un poste adapté, madame refusa. Elle invoqua alors, qu'en accord avec le cadre de santé, une solution acceptable lui était proposé. Madame ne souhaitait pas prendre le risque de déclencher une procédure susceptible de rompre le nouvel équilibre négocié.

Le site Nord-Est a donc installé, à l'initiative de sa DRH adjointe, une procédure de GPA formalisée, permettant à la fois une réflexion pluridisciplinaire autour des situations complexes traitées, et la mise en œuvre d'un plan d'action et de suivi. Le dispositif est bien identifié par un des agents interviewés, alors que deux autres ne s'en sont pas saisis. Un de ces agents semble t-il, se l'interdit ou ne connaît pas suffisamment les possibilités offertes, l'autre ne veut pas que sa situation personnelle soit étudiée officiellement. Une collaboration dense semble être en œuvre entre les acteurs de prise en charge de la GPA, mais le document partagé du suivi des mesures est peu utilisé.

Ce dispositif contraste avec l'activité de gestion personnalisée des agents du site Sud, où l'organisation est moins formalisée.

1.2.2 Le site Sud : pas de procédure GPA formalisée, mais une réunion de suivi des droits statutaire des agents

Sur le site Sud, une CLGPA existait antérieurement, qui n'a pas été réunie depuis trois ans. Cependant, une évaluation régulière des agents en restrictions d'aptitudes permet le cas échéant, la transmission de leur dossier au comité médical.

A) Pas de mini GPA, mais un travail d'élaboration après la réunion du comité médical

L'étude des situations est réalisée par une rencontre régulière entre le Chef du personnel, les gestionnaires administratifs de DRH, le médecin du travail et les assistantes sociales du personnel. Cet examen méthodique du dossier des personnes en difficulté ou en restriction d'aptitude s'effectue après que le comité médical ait statué sur leur situation. Une fois que la validation est actée, l'agent concerné est éligible aux prestations du FIPHP et cela permet la réduction de la cotisation due à ce fonds.

- Si le chef du personnel organise chaque mois un suivi administratif, le service social du personnel et le médecin du travail se rencontrent tous les quinze jours, afin de faire le point sur l'évolution des situations d'agents qu'ils gèrent en commun. L'assistante sociale n°1 relate l'organisation actuelle du site Sud avec le service de la DRH : *« Ça peut arriver que .../... on s'aperçoit qu'en fait cette personne est en arrêt maladie, demi-solde. Et du coup, ça a un tas d'incidence.../... Mais, et puis après, ça peut être Monsieur, le chef du personnel, par rapport à la gestion paye, donc en fait, pareil, ici, il est institutionnalisé que tous les mois après la réunion du comité médical, il fait une réunion avec le médecin du travail et les responsables, enfin, les gestionnaires paye, et nous service social du personnel pour débriefer sur tous les dossiers qu'il a en cours, de gens en arrêt maladie, en maintien de droits, suite à fin, à épuisement des droits statutaires. Donc, et puis voilà. Donc après, chacun repart avec sa part de travail, .../...Nous, pour recontacter les agents, pour leur dire bien voilà, vous n'avez pas envoyé les documents qu'il faut au comité médical. Donc chacun a sa partie. Et donc, ça c'est vrai, que ça nous permet aussi du coup, de pouvoir, je dirais, ça nous fait, la base de travail pour ce qu'on appelle après les gestions personnalisées des agents ».*

Les remarques énoncées par les acteurs en charge de la GPA:

- *Les assistantes sociales*

L'assistante sociale n°1 se dit satisfaite du suivi régulier des dossiers administratifs des agents et de l'écoute qu'on lui accorde : *« ici, il y a quand même 1 concertation, il y a un dialogue. Je veux dire que là où j'étais avant, c'était ça passe ou ça casse, un peu. Quand même, on peut le dire. La vérité, c'est ça. Donc voilà. Je veux dire tant mieux, je*

veux dire .../... je me dis, je préfère quand même de loin depuis que je suis ici à là où j'étais avant »

Elle note cependant que la procédure GPA est une autre démarche, utile pour le traitement des situations personnelles les plus difficiles. L'organisation actuelle n'est que le pré requis pour travailler : *« C'est-à-dire, des réunions ou là, par contre peuvent participer, alors ici, par contre, c'est pas vraiment, on n'en a fait une .../... »*

Une réunion de type mini GPA s'est cependant tenue récemment qui lui paraît intéressante : *« Donc, il y avait juste le chef du personnel, le médecin du travail, les assistantes sociales du personnel, qui est ce qu'il y avait de la DSSI ? Mme XY. Et puis, M. le Chef du personnel. C'est tout voilà. Et donc, voilà, ça serait, je dirais que là vraiment, on a toutes les bases, nous, entre le travail qu'on fait régulièrement, avec la médecine du travail sur certains dossiers, le travail que M. le Chef du personnel fait avec la gestion paye, la médecine du travail et nous, on a les bases qui sont... Enfin je trouve qu'on a de bonnes bases là, en tout cas, du coup, pour pouvoir travailler après sur les situations entre guillemets, les plus préoccupantes. Puisque, l'intérêt c'est ça. De travailler sur, vraiment, mettre l'accent sur les plus problématiques, celles qui nécessitent qu'il y ait une collégialité de décision. »*

L'assistante sociale exprime que l'apport récent de cette réunion orientée sur le diagnostic médico social en dehors de la présence des gestionnaires administratifs est intéressante. Elle attribue d'ailleurs à cette rencontre une fonction de GPA, bien qu'elle reconnaisse une réelle utilité à la réunion administrative, qu'elle désigne sous le vocable de pré GPA.

Selon elle, une préparation minutieuse est nécessaire pour travailler efficacement au reclassement professionnel des agents : *« .../... en me référant à mon expérience professionnelle antérieure,.../... Je pense que c'est aussi pour ça, qu'on avait un peu mis en place cette forme de tutorat. Cet accompagnement, parce que on s'était rendu compte, qu'on ne peut pas plaquer des solutions à quelqu'un, si on n'a pas déjà préparé, si il n'y a pas tout un accompagnement préalable. Donc, en fait, on avait une personne qui était référent handicap, .../... qui pouvait travailler vraiment directement en lien avec le médecin du travail, les infirmières de médecine du travail, et qui du coup convoquait très régulièrement les personnes pour faire le point, pour remettre un petit peu, comment dire, repositionner les choses .../... Qu'elle ait bien fait ce qu'il fallait pour passer au comité médical, etc. .../... Mais il y a toute la partie aussi, de l'accompagnement : « est ce que vous êtes bien allé voir votre médecin psychiatre ? Est-ce que vous prenez bien votre traitement, est-ce que voilà ? .../...Mais, je pense que, bon, ça c'est un travail nécessaire .../... Mais, ça c'était bien, c'est vrai que ça permettait, il y avait vraiment quelqu'un qui était le lien. En fait. Et ça, je pense que c'est important qu'il y ait quelqu'un qui soit, qui serve de lien. »*

L'assistante sociale a vécu positivement la récente synthèse médico sociale avec le Chef du personnel. Selon elle, cette réunion a permis de poser les bases d'une réflexion approfondie à propos des agents. La procédure administrative habituelle ne permettrait pas ce type de travail.

B) Le dispositif actuel serait moins favorable à une étude approfondie des situations complexes

Partiellement satisfaite par les modalités du fonctionnement actuel, l'assistante sociale et le médecin du travail doivent cependant se ménager un autre temps de travail pour réfléchir aux situations complexes. Le chef du personnel, quand il aborde sa pratique de la GPA identifie les lacunes du suivi des agents repositionnés.

L'assistante sociale recherche auprès du médecin du travail une étude de la GPA approfondie

Cette assistante sociale a une attente qui excède ce que l'organisation actuelle concède. Elle souhaite un espace d'étude personnalisée des situations d'agents. Du fait de cette impossibilité organisationnelle, elle éprouve autrement cette nécessité, avec le médecin du travail, à l'échelle micro professionnelle :

« Mais, voilà par exemple, là, c'est 1 personne on se dit tient ça serait peut-être à voir. Parce qu'on attend l'avis du comité de réforme, par rapport à une maladie professionnelle. .../... Alors nous, c'est vrai qu'après, il y a sur certains dossiers, nous on va en discuter avec la médecine du travail .../... Nous on sait que ça sera 1 longue durée, parce que c'est 1 cancer. C'est une situation, dont on a parlé avec le médecin du travail. Mais par contre, en pré GPA, bien sûr on ne va pas parler de la même chose, et de la même façon, du dossier. Par contre, avec la médecine du travail, nous on a échangé. Parce que cette dame moi, je l'ai vu pour un problème financier, mais il y a un impact de sa pathologie, il y a besoin aussi d'un accompagnement d'un soutien, de conseils etc. Donc c'est vrai, qu'on a échangé là-dessus avec le médecin du travail. »

D'après l'assistante sociale, les interventions syndicales sont envahissantes, mais aussi parfois utiles pour défendre l'intérêt des agents : *« Malheureusement oui. Malheureusement, heureusement, je ne sais pas .../... Non, mais bon ça peut être dans l'intérêt des agents quelquefois .../... c'est vrai j'ai déjà eu l'occasion de leur dire. Pour certaines situations, honnêtement des fois, il vaudrait mieux qu'ils s'abstiennent. Mais bon. Je ne dis pas que leurs interventions ne sont pas, comment dire, fondées parfois. Mais, je pense que quelquefois, il faut aussi qu'ils sachent lâcher. Hélas, c'est pour la situation que je viens de parler juste à l'instant, probablement la situation dans laquelle ils ont sûrement fait un peu de tort »*

- Le projet du chef du personnel

Il a une longue expérience de la GPA qu'il menait antérieurement dans un autre EPS, avec le médecin du travail de Sud. Ils organisaient des concertations mensuelles. Selon lui, la formalisation de la procédure n'est pas essentielle : « *Maintenant, la GPA, c'est comme Jourdain, on en fait tous les jours .../... comment faire marcher les commissions locales de gestion personnalisée des agents ou comment faire marcher la GPA, c'est deux trucs différents. La commission GPA signifie des réunions régulières, des préparations, des membres participants, des suivis, des bilans. La GPA, c'est pareil, mais c'est pas formalisé.* »

Selon lui, plus que la formalisation de la GPA, c'est le suivi des agents, qui n'est pas réalisé.

Des personnes, dont l'état de santé s'est amélioré depuis longtemps, seraient encore affectées sur des postes aménagés, monopolisant inutilement des postes «doux».

Le chef du personnel, également référent handicap, dit à ce sujet : « *J'ai un agent qui a un problème de santé machin, vous êtes cassé machin, je ne vais pas vous mettre en ortho, je vais vous mettre en consult. C'est tout simple quoi. Après, le bilan. On tombe sur le bilan, c'est un truc que je veux faire ici, je pense que maintenant on va remettre ça à jour. C'est la DRH, c'est elle qui est en charge, vous savez de tout ce qui est conditions de travail, social. Elle ne l'a pas fait, je peux comprendre. À l'hôpital XYZ, ça l'a été.../... Moi ce que je disais Madame le médecin du travail, c'est si on peut mettre, si on remet la CLGPA en marche, ce que je voudrai qu'on fasse, que je n'ai jamais pu faire depuis des années, c'est le suivi du GPA. Parce que quand vous avez un problème de santé, ok .../... Mais qui me dit que dans 10 ans, vous n'êtes pas retapé complètement et que vous pouvez repartir en salle. Et là, on ne le fait nulle part, là. Donc, il y a beaucoup de gens qui vous disent, oh, ben non j'suis, c'est..., j'ai un poste doux, on m'a mis. Ca fait combien de temps ? Ca fait trente ans. Depuis 30 ans, le gars il est devenu champion du monde de tennis. Il y a un problème, quoi. Donc, vous savez, il faut suivre. On peut gérer un agent, ponctuellement parce que il a un..., une maladie particulière, un TMS, machin, mais peut être qu'après avoir été soigné, il peut reprendre une activité normale. Et bien, le poste doux que vous aviez, maintenant vous allez repartir en salle, parce que justement, madame untelle, qui a le même problème que vous... Donc, on va faire un échange. Et là, ça s'est jamais fait. C'est ce que j'ai dit au médecin du travail, il va falloir qu'on le fasse.* »

Le Chef du personnel regrette aussi les interventions des organisations syndicales, qu'il juge intempestives et qui troublent selon lui le jeu de l'organisation.

- Le médecin du travail a des préoccupations différentes

Il se sent isolé dans l'établissement. « *En fait la plupart des demandes viennent directement de la personne qui est en difficulté et qui expose son trouble de santé et ce*

qui se passe, et donc, à moi d'agir et de prendre beaucoup sur moi. Ça peut être, un syndicaliste qui m'amène quelqu'un, ça se fait beaucoup ici à Sud, moins dans les hôpitaux où j'étais avant. Beaucoup moins. Et c'est le syndicat qui vous expose une situation qui est pourrie qu'ils ont déjà exploré. Mine de rien ils se mettent tout d'un coup à penser qu'il existe un médecin du travail. .../... Donc on peut dire que c'est rarement un cadre qui m'envoie un agent en difficulté en me disant : "faites quelque chose", non. Ils appellent plutôt la direction les cadres quand ils ont un souci mais pas moi. Et bon, c'est surtout la personne, ou un syndicat. »

La coordination technique n'est pas suffisante

Le médecin de travail expose sa demande de coordination globale avec la direction des soins et le service social : « Il faudrait quelqu'un qui soit lié à la direction des soins. Il manque ça. Nous, c'est vrai que moi je travaille avec les assistantes sociales, ou je travaille avec la directrice des soins. Mais il n'y a jamais les trois en même temps dans cette maison là. C'est étonnant. C'est pas les mêmes optiques. Voila. Chacun a peut être des optiques différentes. Par contre, moi j'ai la santé des gens, je dois évaluer si ils sont capables de reprendre. .../... Il faut que quelqu'un m'écoute.

Ou appeler le cadre qui me dit : "vous voyez ça avec la directrice, moi j'ai pas de place". Qu'est-ce qu'on va devenir dit la cadre du bloc en éclatant. Voila, je ne sais pas quoi faire, voila, c'est horrible, elle en a marre. Et hop. Elle raccroche. On a rien obtenu. .../... Donc, j'appelle la directrice des soins, qu'on ne peut pas joindre, elle est occupée. Et donc en fait, je laisse un mail, et elle me donne un rendez-vous téléphonique. Le rendez-vous téléphonique, à telle heure, tel jour, et ce jour là, je dois lister sept cas, huit cas de personnes pour lesquelles j'attends la réponse, parce que le lendemain, les gens ils vont revenir et il faudra bien que je sache .../... Elle m'aide. Elle note, justement, et elle transmet au cadre, à ma place. Parce que moi je me suis fait engueulé avant, donc elle, elle ne se fait pas engueuler : "madame le médecin du travail a dit que cet agent devait reprendre, le tant, sur j'sais pas quoi". Des choses très sensées .../... Et la cadre répond : "bon, madame la directrice des soins, on va faire un effort". Voila. .../.... Ca double mon temps de travail, c'est une perte de temps et d'énergie. Et en même temps, les cadres de la maison, ils ne sont pas sensés écouter le médecin du travail, qui débarque là depuis un an .../... ce qu'ils voient, c'est qu'il y a des trous dans leurs effectifs, que c'est des services d'aigus, les malades vont peut-être mourir parce que ils n'auront pas leur chimio .../... Il faut un point de rencontre et la GPA, ça nous donne l'occasion de se poser deux heures ou trois heures, et on ne sort pas de la pièce, mais au moins, on a pu dire tout ce qu'on a à dire sur le sujet quoi. »"

Quand le médecin du travail s'adapte aux contraintes des zones d'incertitudes

Bien que contraire à son éthique, il souhaite voir aboutir ses prescriptions, et compose avec la réalité de l'organisation. Le syndicat du site Sud est un vecteur de contournement des blocages.

Ces blocages proviennent aussi, selon elle, d'un manque de reconnaissance de son pouvoir prescriptif par les cadres : *« les cadres de la maison, ils ne sont pas censés écouter le médecin du travail, qui débarque là depuis un an »*. Il est dans ses attributions de veiller à la santé des agents, et d'autres acteurs institutionnels partagent aussi cela.

Ainsi, l'intervention syndicale contribue à réduire sa zone d'incertitude : *« J'écris mes papiers, mais il faut que quelqu'un les lisent. Comment ? C'est là que le rôle des syndicats, il a pris du pouvoir. Parce que eux, leur métier, comme ils sont détachés, c'est qu'ils vont voir l'agent, houuup, ils arrivent ici, elle a dit que. Ok, ils vont à la direction. Alors, le médecin du travail a dit que .../... Enfin, ils racontent plein de truc. Et tout d'un coup, monsieur le DRH ouvre sa porte. Il y a du bruit, il y a quelque chose. Et puis là, à ce moment là, ils sont écoutés, et quelques fois, ça dégage les situations. D'où le passage aux syndicats, en fait. En apparence, ça marche bien. En off non. Monsieur le DRH sature, il ne veut plus les voir. Il aimerait qu'il y ait une technique normale de relation pour traiter le sujet. »*

- A propos des organisations syndicales

L'assistante sociale n°1 et le médecin du travail disent n'avoir pas encore exercé dans un établissement où l'intervention syndicale est aussi prégnante à propos du suivi personnalisé des agents.

Selon l'assistante sociale, cette intervention a desservi à une reprise les intérêts d'un agent : *« Bon, c'est 1 personne la, il faut absolument, qu'elle soit réformée. Bon, alors il y a eu plein de choses qui ont fait que. Quelle est pas en retraite pour raisons de santé .../... Donc, elle a été voir les syndicats. Ils l'ont soutenu et m'ont demandé à ce qu'elle soit en longue maladie etc. donc. OK, très bien sauf que, là, au jour d'aujourd'hui elle gagne moins en étant en maladie, que si elle était en retraite pour raison de santé. .../... Et la, en tout état de cause, vous avez 600 € de salaire. Si vous étiez réformés, donc en retraite pour raisons de santé, avec indemnité vous auriez peut-être 900 ou 1000. C'est quand même plus intéressant pour vous. Après, ça vous ouvre d'autres droits d'ailleurs. »*

Selon le témoignage de l'assistante sociale n°1, il semble que des organisations syndicales contesteraient au chef du personnel son cumul de responsabilité avec la charge de référent handicap.

Nous n'avons pas pu déterminer précisément l'enjeu de ce conflit de pouvoir, mais il existerait peut-être une incompatibilité personnelle des organisations syndicales envers lui. Nous précisons dans la partie de l'étude consacrée à l'analyse, quels autres éléments d'explication, selon nous, pourraient intervenir.

L'assistante sociale n°2 et le médecin du travail posent une demande de régulation par le CLGPA, tandis que le chef du personnel souhaite privilégier le suivi des agents.

A l'issue de la présentation des pratiques de la GPA sur le GH Sud-Nord-Est, nous constatons donc qu'un même cadre législatif et réglementaire s'applique aux deux entités, dépendantes de la fédération des GH d'IdF.

Sur les deux sites, nous notons d'une part, la réduction sensible de l'offre de postes aménageables (gains d'efficacité et réduction des effectifs), diminuant la possibilité d'affectations d'agents en surnombre, et d'autre part l'évolution des métiers et des compétences, qui exige de bons acquis scolaires et des qualifications complémentaires.

Le site Sud concentre plus de tensions entre les acteurs DRH/DS et syndicats/agents¹⁰. Nous constatons aussi l'insatisfaction d'au moins trois acteurs essentiels de la GPA (CRH, assistante sociale et médecin du travail).

Néanmoins, le médecin du travail et l'assistante sociale n°1 parviennent à réaliser certains de leurs objectifs stratégiques (médical et social) grâce à l'appropriation par l'acteur syndical de leur expertise, pour démontrer et défendre leur zone de pouvoir.

Concernant le site Nord-Est, la procédure établie paraît garantir un climat social plus apaisé. La CLGPA, présentée comme un outil de mise en commun des informations et d'élaboration, n'est pas le meilleur instrument opérationnel pour le chef du personnel de Nord-Est. Il indique que c'est par un travail quotidien et pluriprofessionnel que l'activité de GPA produit ses meilleurs résultats.

A travers quelques récits d'acteurs de la GPA, nous avons dressé un état des lieux des pratiques en vigueur sur le groupe hospitalier Sud-Nord-Est. La deuxième section de l'étude est orientée initialement sur les appréciations et l'analyse de cette problématique par les acteurs.

¹⁰ Il semble qu'à Sud, l'insatisfaction des acteurs bénéficiaires soit avérée. Cependant, on ne peut exclure que des particularités de ce site, aient une incidence qui pourraient moduler cette appréciation : taux notable de maladies psychiatriques (médecin du travail), fréquence des problèmes sociaux et addiction (assistante sociale n°1)

2 L'analyse des pratiques montre que des marges d'amélioration de la GPA sont possibles

La première partie de cette section présente les intérêts et les limites de chaque pratique de la GPA, selon les dires des acteurs et leur analyse. La seconde est consacrée à notre synthèse critique de l'activité de GPA sur le GH Sud-Nord-Est. Nous exposons dans la troisième partie quelques suggestions et préconisations susceptibles d'améliorer la GPA.

2.1 Ils analysent et évaluent leur organisation

A Nord-Est, les caractéristiques marquantes exprimées sont relatives à la densité des collaborations. Elles semblent plus harmonieuses. A Sud des points de tensions sont notés, mais l'efficacité du recensement des dossiers d'agents en restriction d'aptitude est affirmée.

2.1.1 Les atouts des méthodes : un climat social plus apaisé à Nord/Est qu'à Sud

Nord-Est et Sud, ont vu se développer deux approches différentes où la CRH, la psychologue, la responsable de formation et le cadre supérieur de santé remplissent une mission commune aux deux sites.

A) Nord-Est, comment les acteurs s'approprient leur dispositif

Cette partie de la recherche présente les acteurs du site Nord-Est et leur appréciation du dispositif. Comme nous l'avons déjà précisé dans l'exposé des réserves méthodologiques, toutes les paroles n'ont pu être recueillies. Cependant, les données collectées permettent de fournir quelques pistes intéressantes.

- Chef du personnel

Le chef du personnel est dans une posture pragmatique. Il considère que la CLGPA est un outil de dernier recours, lorsque tout a été exploré, et qu'il n'a pas été possible de parvenir à un résultat acceptable, en mobilisant ses ressources ordinaires.

Cependant, il doit aussi composer avec des insuffisances chroniques. En effet, les obligations règlementaires de la médecine du travail ne sont pas toutes assurées. Faute de postulants, Il n'est actuellement pas possible d'assurer les obligations légales et de pourvoir tous les postes. Mais cette réalité ne fait pas obstacle à la convocation de la CLGPA, où l'expertise médicale a été malgré tout assurée.

Le chef du personnel face à sa zone d'incertitude

Le chef du personnel, qui a « gelé » un poste d'adjoint administratif au service de la DRH, affecte provisoirement des agents en restriction d'aptitude, afin de les préparer à une prise de poste.

Grace aux contacts de son réseau sur le site Nord-Est, il est en capacité d'exercer une GPA en autonomie. Sa connaissance statutaire (grades et corps, statuts...), des métiers hospitaliers et des postes susceptibles d'être disponibles réellement sont des atouts : « Donc ça veut dire, savoir faire de la GPEC, c'est comme M. Jourdain, qui fait de la GPEC sans le savoir. Souvent, la GPEC sans que ce soit formalisé, avec une usine à gaz, là c'est le cas le plus flagrant. »

Elle communique régulièrement avec la CRH et la responsable formation et anticipe les risques éventuels. D'après elle, le travail de collaboration est effectif, et elle en est très satisfaite : « *On est vraiment dans l'opérationnel. Et on se réunit, on évalue .../... Et donc on a des systèmes de façon d'alertes, de façon à ce que l'on ne se retrouve pas avec quelqu'un qui revient de formation et qui...* » « *ils reprennent le travail, il faut pouvoir les repositionner sur un poste de secrétaire médicale, sinon ça n'a aucun intérêt.* »

- Directrice des Soins

La directrice des soins de Nord-Est n'a pas été interviewée. Les commentaires la concernant sont tirés de nos observations, effectuées directement au cours du stage.

Nous l'avons côtoyée à plusieurs reprises dans les activités conjointes qu'elle mène avec l'AAH-Chef du personnel. En dehors des rencontres programmées, la DS et le Chef du personnel communiquent assez fréquemment de manière informelle.

- La CRH, une place experte

La CRH connaît bien la fédération des GH d'IdF, pour laquelle elle a exercé en qualité de prestataire externe plusieurs années. Référent handicap, référent mobilité, coordinatrice CLGPA, les différents volets de la fiche de poste du CRH lui semble justifiés. Selon elle, 96 % des agents relevant de la GPA ont des problèmes de santé. Elle exerce cette fonction charnière en échangeant fréquemment avec les autres acteurs du site. Elle considère la CGPLA comme une instance exceptionnelle, aux nombreux acteurs, complexe à réunir. Le CRH et le Chef du personnel se rencontrent chaque jour pour aborder les sujets de GPA, de mobilité et de handicap en cours.

- La psychologue

La psychologue du personnel intervient sur les deux sites. À l'écoute des agents, elle leur assure un soutien psychologique confidentiel, afin de faciliter une élaboration constructive permettant de résoudre leurs difficultés au travail. Le médecin du travail lui

adresse des personnes, mais elle n'est pas directement impliquée dans la procédure d'expertise des reclassements.

- *Les agents*

Qu'ils soient satisfaits ou pas de leur situation de repositionnement ou de reclassement, les deux agents rencontrés du site Nord-Est expriment un sentiment d'appartenance à la fédération des GH d'IdF. Certains de leurs ascendants, parfois sur plusieurs générations, ont exercé sur l'EPS, ou un autre GH de la fédération.

Leur sentiment d'affiliation à la filière soignante reste fort, et leur reclassement a pu parfois être vécu comme un déclassement. L'agent qui a bénéficié d'une formation de secrétaire médicale assume progressivement cette mutation.

L'agent repositionnée en qualité de secrétaire hospitalière n'a pas fait le « deuil » de sa fonction de soignant, d'autant plus, que posté à proximité immédiate des patients, il apprécie leurs besoins non satisfaits et les éventuelles carences dans les prises en charge.

Tous deux apprécient d'avoir été pris en charge à la suite de leurs difficultés. L'une d'elles analyse son repositionnement comme une chance spécifique, du fait du statut protecteur de la fonction publique.

L'activité de GPA, ainsi que des pré GPA, est installée depuis deux ans. La CRH peut, à son initiative, prévoir et organiser les rencontres avec les acteurs concernés. Les agents bénéficiaires, même si des difficultés existent, sont reconnaissants d'avoir pu bénéficier d'un repositionnement et d'un reclassement.

B) Avantages de la CGPA non formalisée sur le site Sud

Le chef du personnel maîtrise cette activité de RH. Il organise aussi de façon efficace le recensement des travailleurs handicapés. La psychologue du personnel, qui assure un remplacement, ne connaît pas bien le GH, mais exerce son activité de manière satisfaisante.

- *Le chef du personnel de Sud*

Le chef du personnel a une longue expérience dans divers GH de la fédération. Sa pratique de la GRH le conduit à différencier la commission dédiée à la GPA, des activités de gestion des agents en restriction d'aptitude, qu'il pratique fréquemment.

Référent handicap du site Sud, il est en responsabilité du bon recensement des travailleurs handicapés. Il a instauré un mode opératoire qui s'applique simultanément aux problématiques de GPA et au recensement des agents en restriction d'aptitude à valider par le comité médical.

La mobilisation efficace et régulière des gestionnaires RH, des assistantes sociales du personnel et du médecin du travail, avec lequel il entretient une bonne relation, lui permet d'obtenir une régularisation satisfaisante des restrictions d'aptitudes, et de réduire la contribution du GH au FIHFP.

Le taux de recensement des agents à valider par le comité médical, et la préservation d'un volant de postes aménageables sur le site, sont les incertitudes avec lesquelles il doit composer. Sa capacité d'organisation du traitement des dossiers, et de leur régularisation par le comité médical a réduit singulièrement sa première incertitude.

- *Le cadre bi site Sud/Nord-Est*

Nous n'avons rencontré qu'un seul cadre de Sud. Si cela ne permet pas d'apprécier suffisamment finement les particularités du site, il est toutefois possible d'affirmer que le cadre interviewé, qui a une bonne connaissance des deux sites, réussit sans difficulté notable à mener ses objectifs à Sud. Elle y a exercé durant plusieurs années et entretient de bonnes relations avec ses anciens collègues. Sa préférence se porte néanmoins vers le fonctionnement en vigueur à Nord-Est, où, selon elle, les directions des soins et des ressources humaines sont facilement joignables, réceptives et attentives à ses demandes. Toutefois, elle manifeste clairement qu'elle est aussi à l'aise à Sud, où elle ne rencontre pas de difficultés importantes. Les incertitudes de fonctionnement autour de la GPA non formalisée sont compensées par sa connaissance des pratiques professionnelles et des acteurs. À ses dires, le dispositif de GPA sur le site Sud n'entame donc pas son pouvoir d'action, et elle peut développer ses objectifs sans gêne sérieuse.

- *Le médecin du travail*

Selon le médecin du travail, l'intervention des syndicats a parfois favorisé la réalisation de ses prescriptions concernant des réaménagements de postes d'agents. Néanmoins, à ses dires, ces résultats patents ne peuvent pas être considérés comme positifs, car les actions des organisations syndicales auraient certes contribué à dénouer certains blocages institutionnels, mais empièteraient aussi sur son pouvoir.

- *Les assistantes sociales*

L'une des deux assistantes sociales interviewée est satisfaite du suivi administratif des dossiers tel qu'il est organisé. Elle collecte à cette occasion des éléments utiles à son activité. Sa collaboration régulière avec l'AAH et les gestionnaires lui paraît nécessaire. Le traitement efficace des dossiers produit selon elle de bons résultats sur le recensement annuel des agents en restriction d'aptitude. Cela lui permet aussi d'investiguer de manière

plus efficiente, et de régler aisément des problèmes administratifs ou sociaux. Cet aspect de l'organisation en place est approprié à la conception de son rôle.

- *La psychologue du personnel*

Les interventions de la psychologue se réalisent en dehors des interactions immédiates des acteurs institutionnels de la GPA. Elle reçoit les agents qui le demandent, en toute confidentialité. Elle peut mettre en œuvre les techniques qui lui semble adaptées en autonomie technique. Elle exerce son activité conjointement ou parallèlement aux démarches de repositionnement. Les liens fonctionnels avec les autres intervenants ne représentent donc pas une nécessité usuelle.

- *La directrice des soins*

J'ai obtenu un rendez-vous tardivement avec la directrice des soins. La synthèse critique et les préconisations de l'étude comprennent des éléments issus de ses remarques.

- *Les agents*

Notre demande auprès chef du personnel et de deux cadres sollicités n'ont pas permis d'accéder à des agents ayant bénéficié au cours de leur carrière sur le site d'un repositionnement ou d'un aménagement de poste.

Nous avons eu néanmoins connaissance de difficultés dans la mise en oeuvre des démarches en cours ; et selon le chef du personnel les réponses des agents auraient vraisemblablement été orientée négativement. Les personnes concernées semblent connaître des difficultés relationnelles.

Nos démarches vers deux cadres du site Sud n'ont pas abouties. L'un des cadres de santé me conseilla de poser de nouveau ma demande auprès du Chef du personnel.

Sur le plan financier, la méthode adoptée par le site Sud comporte un intérêt important : la contribution versée au FIPHFP par le groupe est moindre que sur le site Nord-Est.

2.1.2 Inconvénients : à Nord/Est un document de suivi finalement peu suivi

A) Inconvénients de la procédure formalisée sur le site Nord/Est

La procédure à Nord-Est est connue des acteurs et la référence handicap/inaptitude/ mobilité de la CRH permet de rendre cohérent la vision du dispositif. Cependant, des interrogations demeurent sur le suivi de la GPA, et le recensement des personnes éligibles au dispositif handicap.

- *Le document de suivi partagé de la GPA*

Le chef du personnel ne perçoit pas l'utilité du document de suivi partagé, et émet des réserves sur la teneur des informations, dont la confidentialité ne peut être garantie.

Sa fonction, son rôle d'autorité et d'expertise technique, le conduisent à communiquer et moduler ses avis en fonction des circonstances et des acteurs rencontrés.

Il compose avec ces incertitudes, comme d'autres acteurs de la CLGPA, en omettant de compléter le document : *Dés lors qu'on partage des informations autour de la situation d'un agent, ça veut dire que : une, les personnes auxquelles on donne l'accès, on a confiance dans l'utilisation qu'il vont en faire de cette information. Et donc, par voie de conséquences, la grande liberté que l'on peut avoir dans l'expression. Compte-rendu de ce que chacun met sur cette situation. Moi je ne suis pas persuadée que ...et bien...les données qui y sont indiquées soient... bien utilisées, ou à bon escient.*

Quand je disais emprunt d'angélisme, c'est : "je décrète que l'on a tous confiance les uns dans les autres." Je suis désolée, la confiance, ça ne se décrète pas. »

Le chef du personnel estime que les spécificités de l'EPS ne peuvent garantir une confidentialité suffisante : *« Voila, je pense que dans une structure où on a 300 agents, on n'a pas... l'outil que l'on doit utiliser n'est pas transposable dans une structure comme la notre. Avec 300 agents, on a à faire en tout, à 5 ou 6 cadres, ou 10 cadres. On les réunit. Ses dix cadres on les voit, on a des échanges très personnalisés. Ici, c'est pas le cas, c'est beaucoup plus complexe. »*

- *La CRH*

Détenant la responsabilité du recensement des travailleurs handicapés sur le site, elle a en charge la mobilisation et la mise en oeuvre des moyens disponibles pour relever ce challenge. Faute d'y parvenir, le GH paie chaque année une contribution au FIPHFP : *C'est pour ça, que j'ai dit à un moment, à la DS, il y a bien quelque chose qui ne va pas. Elle en convient. Et du coup, c'est pour ça aussi, que la DRH a proposé une réunion en octobre ... c'est pour ça, que je disais à la DS, il faut que, j'en ai parlé aussi avec la DRH, je lui disais il faut qu'on communique. C'est de la communication. Il faut que les cadres connaissent, parce que je pense qu'il y en a plein qui ne savent même pas qu'il y a un recensement ils ne savent même pas que c'est 6 %, ils ne savent pas de quoi ou qu'est-ce. Parce que en fait, c'est, tout le monde confond tout. »*

- *Les agents*

- *L'agent n°1 formé et reclassé estime que le suivi de la GPA est essentiel*

Il insiste quant à lui sur le suivi, afin d'éviter une erreur éventuelle d'orientation.

Par ailleurs, durant sa formation, plusieurs personnes ont abandonné le cursus en cours d'année. L'agent soumet également l'idée de mieux préparer les agents en les informant à l'aide de témoignages directs de professionnels reclassés : *« ce qui me semble très important, je dis que c'est le suivi. Savoir à qui se référer quand on est confronté à un reclassement. Parce que je pense si la réorientation n'est pas correctement faite, ça peut pas toujours se passer. Après il y a la motivation, il y a ce souci de choix il faut vraiment, que ce choix, ce choix il est très important. Après on est tous différents. Je pense que le suivi, le suivi est très important. Quand on est correctement suivi, on peut retomber. »*

Elle connaît des agents pour lesquels la reconversion s'est mal passé : *« pas dans l'établissement, mais dans ma formation où j'étais oui. Au GRETA .../..., c'est des gens qui ont abandonné la formation. Il y a eu 3 abandons durant ma formation, sur 13 .../... des gens qui étaient peut-être pas que, je ne sais pas, des gens qui n'étaient peut-être pas préparés, où la formation ne leur convenait pas, ce que j'ai cru comprendre. Je pense aussi qu'il est important, aussi de se renseigner sur ce qu'incombe cette formation. Enfin avoir un avis d'une personne qui l'aurait suivi, un avis objectif. Puisque, c'est une formation, ça implique une disponibilité, un changement dans les habitudes. Donc, un changement dans le rythme de vie même donc, et puis disponibilité. Je dis bien, physique comme psychologique. Entre mon domicile et le GRETA il y avait 35 40 minutes de trajet. Il y a des collègues qui mettaient une à deux heures »*

- L'agent n°2

Bien que son cadre de proximité l'ait informé de l'existence d'un CRH sur le site, elle n'a pas encore été en mesure de poser une demande efficace pour provoquer son changement de situation. N'ayant pu influencer le cours des événements, elle exprime une grande frustration.

Elle se plaint de ne pas être écoutée, et de l'absence de suivi de sa situation : *« Il n'y a pas de réévaluation au niveau du bureau du personnel. C'est à dire que, une fois que vous vous présentez à (inaudible), et que vous faites, on va dire l'intégration. J'ai eu trois mois d'intégration. .../... Maintenant, ceci dit, au jour d'aujourd'hui je fais un métier, enfin je fais un emploi que je n'aime pas. Ca c'est le moins qu'on puisse dire. Si vous vous renseignez auprès de madame le cadre, ou bien auprès d'un autre cadre. On va pas dire laborieux, mais on va dire entre les douleurs neurosensorielles, vous ne dormez pas bien. Vous êtes dans le doute. Vous vous dites, pourquoi j'ai voulu reprendre. Pourquoi j'ai enquiquiné le monde, si c'était pour vivre ça. Voila. »*

Une autre difficulté est émise par le deuxième agent, qui vient renforcer son malaise au sein de l'organisation : on ne lui a fait qu'une seule proposition de poste au retour de son arrêt pour accident de travail.

Le deuil de son ancien métier

Elle est dans la nostalgie de sa fonction antérieure valorisée, et vit maintenant ce reclassement comme un déclassement, qui plus est en milieu hostile : « *Moi je viens de la neuro chir, c'est une équipe où on prend des grandes gardes, où il y a beaucoup d'internes, beaucoup d'externes, beaucoup de grades confondus. J'aimais bien les services où il y a des grades confondus. Voila, ça a toujours été comme ça. Mais c'est bien le seul endroit, on va dire où en 20 ans, 22 ans de carrière que j'arrive et que franchement vous sentez que vous êtes indésirable.* »

L'agent n°2 a exprimé au cours de l'entretien un sentiment fort d'appartenance au monde des professionnels des soins, comme ce fut le cas pour plusieurs membres de sa famille.

Le poste doux, ou le ressenti de stigmatisation du repositionné

L'agent n°2 supporte mal la manière dont on désigne parfois les postes aménagés. Elle fait l'analyse que la représentation sociale véhiculée par le vocable « poste doux » est en référence à un poste de confort occupé injustement :

« *Après le reclassement, suivant le reclassement, quand c'est quelqu'un, on va dire, de toute façon, je pense que les reclassements c'est systématiquement suite à, soit à un AT, soit à un déficit ou autre, qui fait que les gens ne sont pas reclassés comme ça par plaisir. On ne va pas arriver au bureau du personnel et dire : oh, je souffre du dos, je voudrais un poste, entre guillemets, doux. Parce que, il y a le mot aussi. Moi qui travaille depuis longtemps à la fédération des GH d'Ile de France, on ne disait même pas un reclassement, on ne disait même pas que c'était suite à ça, **on disait un poste doux**. Je ne sais pas si vous vous en avez entendu parler encore ? C'était, voila, des gens qui passaient par la médecine du travail ou du médecin conseil, suite à un AT quelconque, et qui ne pouvaient plus porter une charge conséquente. On disait, essaye de te trouver un poste doux. Voila, c'était un peu le mot. **Moi je ne suis pas du tout à un poste doux**. Mais c'était à la suite de l'altération de l'état de santé de la personne. Il existe comme partout du piston, mais je pense que c'est surtout ça.* »

- L'agent n°3

Le témoignage rapporté à propos du troisième agent est intéressant. Il est significatif d'un type de professionnel touché par des restrictions d'aptitudes, et relativement « invisible » au dispositif de la GPA. Nous manquons d'éléments suffisants

d'information le concernant. Cependant, bien qu'ayant relaté au CRH une souffrance en lien avec son activité professionnelle, cette personne refuse de bénéficier d'un aménagement de poste, de plein droit. Le besoin de dissimuler son handicap primerait sur l'amélioration pérenne de ses conditions de travail.

- *La psychologue du personnel*

Consciente des difficultés liées aux conditions de travail et de la souffrance psychique des agents qu'elle reçoit en consultation, la psychologue est néanmoins étonnée par la non prise en compte par la direction des absences injustifiées de certains agents :

« Là, il y a 1 côté bonne mère qui fait que vous restez quand même. Vous faites partie de la famille. Je ne sais pas si c'est bien ou pas bien, moi je ne suis pas là pour... mais je trouve que c'est, c'est vrai que c'est un monde particulier.

Parce que finalement il laisse tout le monde dans la panade. Quand on s'occupe de patients et qu'on se barre, ça peut avoir un super impact quoi. Évidemment, ils ne sont pas médecins ou chirurgiens, donc ils sont, mais enfin quand même, je veux dire, ils peuvent, ils sont nécessaires. On a besoin d'eux, ils se sont engagés, eh bien voilà. C'est marrant, à mon avis, c'est vraiment des gens qui ont des gros problèmes.

C'est vrai, que la fédération des GH d'IdF, enfin l'hôpital. C'est peut être même spécial à la fédération, parce que moi j'ai travaillé dans d'autres hôpitaux, c'était des hôpitaux publics mais pas à la fédération, c'étaient des hôpitaux régionaux ou départementaux. Je ne suis pas certaine qu'on aurait gardé ces gens-là. Parce que, et bien j'en sais rien, je ne veux pas. Oui, là, ils sont d'une certaine façon protégés, quoi. Mais c'est des cas lourds. »

On pourrait en déduire qu'une réponse de droit, aux manquements¹¹ posés par certains agents faciliterait éventuellement l'analyse de ces problèmes. L'identification des causes de ces agissements permettrait de prendre des mesures adaptées, selon qu'il s'agisse de problèmes de santé physique et/ou psychique ou de discipline.

Grace à son retour d'expérience, vécues dans d'autres structures hospitalières, on apprend que sur le GH il existe une certaine permissivité à l'égard des agents pour lesquels se pose la question d'une faute disciplinaire. En effet, après ce qui pourrait être éventuellement caractérisé comme un abandon de poste, ceux-ci ne sont pas questionnés à leur retour, et ont continué à percevoir leur traitement.

Les analyses et les propos collectés montrent une variabilité de points sur lesquels les acteurs ont porté notre attention. Tout d'abord, la question de l'appartenance à une

¹¹ Faute disciplinaire liée à un manquement aux obligations du fonctionnaire - art.11 du Statut général « ...toute faute commise par un fonctionnaire dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions l'expose à une sanction disciplinaire sans préjudice des peines prévues par la loi pénale »

identité professionnelle forte est pour certains acteurs, bénéficiaires de la GPA, un obstacle à surmonter. Lorsque cette difficulté se conjugue à un ressenti de stigmatisation, lié aux représentations sociales (« postes doux »), la situation est plus compliquée à dénouer.

Par ailleurs, sur le plan institutionnel, le recensement des travailleurs handicapés et le suivi des agents bénéficiaires sont des autres aspects abordés par les acteurs de la GPA.

B) Inconvénients de la procédure non formalisée de Sud

Comme cela a été exprimé explicitement ou de manière plus mesurée, des acteurs importants de la GPA, le médecin du travail et les assistantes sociales trouvent que le système est perfectible.

- Le chef du personnel

On peut retenir des propos du chef du personnel que le processus et la mise en œuvre des repositionnements constituent une activité ordinaire de la GRH. Néanmoins, il précise que selon son analyse, c'est le suivi des agents qui est le maillon important et non investi de cette activité.:

« .../... la GPA c'est comme M. Jourdain, on en fait tous les jours .../... C'est tout simple quoi. Après, le bilan, on tombe sur le bilan .../... Ce que je voudrai qu'on fasse, que je n'ai jamais pu faire depuis des années, c'est le suivi de la GPA. »

Selon lui, la première incertitude (le passage au comité médical des agents éligibles) est traité et produit des gains d'efficacité, tandis que la deuxième incertitude (remettre sur un poste ordinaire les agents rétablis), et libérer des places pour d'autres agents, est une démarche sur laquelle il existe une marge significative de progression.

- La directrice des soins

Lorsqu'elle est interrogée au sujet de ce qui pourrait favoriser l'amélioration de la gestion des restrictions d'aptitudes, la directrice des soins estime que l'on ne doit pas occulter le corps médical. Cette communauté a une influence majeure sur le fonctionnement de l'hôpital, et on ne devrait pas réfléchir ces questions sans solliciter les médecins.

- Le médecin du travail

Les représentations sociales de l'inaptitude au travail

Le médecin aborde aussi la question des représentations négatives qui sont véhiculées sur les personnes en restriction d'aptitude : *« On a toujours tendance à dire que ce sont*

des bras cassés, et qu'il faut les sortir du service. Voilà. C'est plus fort. Encore, en ce moment. Pas depuis un an, mais depuis trois quatre ans. C'est très fort là »

Selon le médecin du travail, l'absence de structuration du site Sud, en matière de GPA, est préjudiciable car il permet aux syndicats d'empiéter sur son champ de compétences.

Dans sa pratique antérieure, elle communiquait directement avec les cadres de proximité à propos des agents. Sur le site Sud, elle s'estime moins bien considérée par eux et doit faire appel à la direction des soins, avec laquelle les liens fonctionnels sont moins assurés.

- *Les assistantes sociales du personnel*

Selon l'assistante sociale n°1 l'omniprésence des syndicats sur le site entrave le travail des « acteurs du personnel ». La promiscuité des locaux avec les organisations syndicales est une cause qui a été émise, ainsi qu'une erreur dans une prise en charge, dûe à une ingérence syndicale.

L'assistante sociale n°2 estime qu'une procédure de GPA organisée est nécessaire. L'absence de normalisation empêche, selon elle, les repositionnements d'agents, par carence de concertation entre tous les acteurs concernés. Une augmentation des tensions en résulterait.

« GPA, il n'y a eu qu'une seule. Par contre, ce qu'on appelle pré GPA, avec le chef du personnel, la gestion paye etc., .../... la pré GPA, c'est tous les mois. En fait, c'est ce qu'ils appellent la pré GPA. Bon, je ne sais pas comment on pourrait appeler ça, mais c'est une réunion vraiment où l'on met à plat toutes les situations des gens qui sont en arrêt maladie, longue durée, maladie ordinaire, longue maladie, maintien de droits des M2, voila. Et donc là, on a un tableau avec, heu, on va dire .../... soixante neuf, eh bien vous voyez, je suis optimiste, parce que, je croyais qu'il y avait une trentaine il y en a 69. Bon, non mais 60 situations, c'est pas possible. Honnêtement, en pré GPA.»

- *La CRH*

La CRH, psychologue clinicienne de formation, exprime des réserves sur la façon dont on traite rapidement les situations d'agents à Sud. En effet, après la réunion du comité médical, le groupe de travail (médecin du travail, assistantes sociales, gestionnaires RH et AAH) étudie le listing de décisions du comité et organise les interventions. Elle juge que cette méthode est hâtive, ne permet pas d'analyser finement les situations complexes et ne garantit pas une bonne adhésion des agents aux décisions qui les concernent.

Elle considère ce fonctionnement comme un manquement éthique à sa conception du rôle de la CRH : « *Moi, d'après ce que j'ai compris, enfin ce que j'ai compris, le chef du personnel fait ça avec les gestionnaires, les assistantes sociales du personnel, la médecine du travail je crois. Et, c'est vraiment, des infos administratives .../... il va traiter quarante dossiers d'agents en une heure .../... nous, on va laborieusement faire sept dossiers .../... vraiment c'est du rapide. On va à l'info, alors son arrêt s'arrête quand. Il va revoir le médecin du travail au, .../...* A la limite, à Sud. Comme moi je ne suis pas trop là-dedans, eh bien voilà. Donc ça c'est la mobilité, et aussi la CRH, en général, travaille aussi sur le répertoire des métiers.»

2.2 La synthèse critique de l'élève AAH-stagiaire

L'adaptation des postes de travail (GPA), activité généralisée dans l'hôpital, subit les contraintes financières et réglementaires

Comme le disaient les chefs du personnel des deux sites : « *La GPA, c'est comme monsieur Jourdain, on en fait tous les jours* ». En effet, à tous les niveaux de l'organisation hospitalière, des ajustements apparentés à de la GPA sont mis en œuvre par tous les acteurs. Les agents eux-mêmes, se rendent des services et compensent ainsi leurs manques éventuels. Ces actions, basées sur des mécanismes de solidarité interpersonnelle, de corporation (les aides-soignants), sont aussi l'objet de règles spécifiques, en lien avec l'appartenance au service (tel est le cas par exemple de l'aide-soignante affectée comme secrétaire hospitalière qui ressent le rejet, car elle « prend » le poste que brigait un autre aide-soignant du service).

Les réformes, l'évolution de la technicité médicale et les contraintes budgétaires ont contribué à peser négativement sur la disponibilité en postes adaptables. Le stock s'étant tari, il devient difficile pour les acteurs du repositionnement de maintenir leur marge de manœuvre.

Face à la raréfaction des postes disponibles, la tension autour de l'offre s'accroît

Dans les services où les pôles, les repositionnements « officieux » d'agents (réalisés sans validation ou accord de la DS ou la DRH) peuvent poser problème. Ces actions d'autorégulation de terrain réduisent tendanciellement le stock de ressources disponibles sans contrôle, et empiètent sur le pouvoir d'affectation de la DS et de la DRH.

Par ailleurs, la DRH, les chefs du personnel, la direction des soins et la médecine du travail, en qualité d'acteurs de conception et de mise en œuvre détiennent une place centrale, vers laquelle affluent les demandes devant être traitées légalement. Acteurs officiels de la GPA, on attend d'eux une réponse institutionnelle, d'autant plus pressante

lorsqu'une prescription médicale s'impose, ou bien quand les acteurs « officieux » de la GPA ont atteint leurs limites.

Selon leur position dans l'organisation, les acteurs de la GPA s'accommodent diversement du dispositif

Un élément important observé montre que parmi les acteurs interrogés, ceux qui disposent de connaissances pratiques du fonctionnement institutionnel et d'un maillage de ressources suffisantes tissé dans la durée, s'adaptent et ont la capacité de mener leurs actions de manière relativement satisfaisante. Tel semble être le cas du cadre supérieur de santé et de l'assistante sociale n°1.

En revanche, ceux qui disposent de moindres ressources, parce que récemment implantés dans l'organisation (le médecin du travail), ou bien qui n'ont pas encore acquis une expérience et une maîtrise suffisante en lien avec leur nouvelle activité (l'assistante sociale n°2, passage de l'activité « patients » aux agents), manifestent un besoin plus important d'un cadre structuré sur lequel appuyer leurs actions.

Ainsi, le médecin du travail mène sa stratégie d'acteur avec un degré d'insatisfaction et les incertitudes avec lesquelles elle compose représentent une contrainte non négligeable. Nous considérons à travers cette lecture des faits (réalisation des prescriptions médicales grâce au pouvoir syndical) et de ses propos (les syndicats sont intrusifs), que son pouvoir prescriptif légal a été parfois dénié par inertie ou absence de réponse de la DRH et de la direction des soins. Sa conception éthique de la médecine du travail (préserver la santé des agents) est troublée par l'organisation à Sud, où il n'y a pas d'instance collégiale. Ayant déjà expérimenté les CLGPA dans d'autres GH, elle souhaite sa mise en place sur le site de Sud. Elle regrette que la DRH adjointe, avec laquelle elle doit avoir des liens fonctionnels, soit basée sur le site Nord-Est.

Pour ce qui est des chefs du personnel, ils disposent de ressources mobilisables et ils ont la capacité d'activer leur réseau fonctionnel pour remédier aux situations problématiques qui leur sont soumises.

La GPA est plus satisfaisante lorsque elle est l'objet d'une rencontre pluridisciplinaire

Sur le site Nord-Est, la communication verbale directe et interdisciplinaire paraît plus dense. La DS et le Chef du personnel échangent de manière fréquente et informelle à propos des agents. La communication avec la CRH est quotidienne (rencontre formalisée selon les disponibilités avec le chef du personnel). Le lien entre CRH et responsable de formation s'active facilement selon les nécessités. Malgré la carence en temps médical du personnel, les situations complexes paraissent être traitées à distance.

A Sud, le manque d'un travail interdisciplinaire renforcé se fait sentir

La procédure en place répond insuffisamment aux attentes de tous les acteurs en charge du traitement des restrictions d'aptitude. Elle présente une efficacité certaine sur le suivi administratif du dossier des agents devant être reclassés ou repositionnés, ainsi que leur recensement lorsqu'ils sont éligibles au FIPHFP. Toutefois, cette efficacité se réalise au détriment d'un apaisement du climat social dans l'établissement. Chaque acteur semble œuvrer, avec une certaine dispersion, selon ses objectifs stratégiques. L'organisation instituée n'est pas considérée comme un dénominateur commun pouvant permettre la résolution du problème collectif de la GPA.

La constitution du GH a préféré la fusion des fonctions de Direction de site et direction RH. Cet ordonnancement a une incidence sur la cohésion nécessaire de l'organisation. Forte de son expérience passée dans d'autres établissements, le médecin du travail du site Sud considère qu'elle ne dispose pas de la fonction Directeur RH. Elle ajoute que des questions importantes sont difficilement traitées avec la DRH adjointe, située principalement sur le site Nord-Est. Ce vécu de l'absence de l'échelon DRH local génère des tensions, peut être focalisées sur le Chef du personnel. Du fait de sa fonction, celui-ci cristallise probablement une part des insatisfactions.

La recherche d'une régulation des tensions avec les organisations syndicales constitue un argument pour l'instauration rapide d'une GPA pluridisciplinaire (site Sud)

Selon un témoignage, les OS dénie au chef du personnel la légitimité d'occuper la fonction de référent handicap du site. Alors que le FIPHFP fait l'objet d'une gestion paritaire au niveau national, les représentants du personnel ne sont pas associés directement aux procédures de GPA. Une enquête réalisée sur les EPS de la fédération d'IdF en 2004 montre que sur trente huit sites participants, seul deux ont fait le choix d'associer le secrétaire du CHSCT. Le contexte actuel des relations entre OS et direction ne semble pas favorable à l'instauration d'une collaboration formalisée. Des interventions conjointes réussies pourraient cependant être reproduites ponctuellement et valorisées.

A propos des syndicats, nous souhaitons apporter quelques autres propositions d'analyse qui pourraient aussi expliquer la situation particulière à Sud, mais aussi sur l'ensemble du GH. L'application de la réforme Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) a singulièrement restreint les pouvoirs de l'acteur syndical dans la gouvernance hospitalière. La loi du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social a modifié les règles de leur représentativité et accru les concurrences entre OS.

Par ailleurs, les OS de la Fédération des GH d'IdF, ont marqué leur opposition à la création des groupes. Ils sont nombreux sur les sites et leurs rivalités contribuent à une surenchère d'objections, dans un domaine où leur légitimité est entière (CHSCT).

La restriction du périmètre de leurs compétences ne les conduit pas à revendiquer une procédure de GPA, car elle aurait pour effet de les dessaisir quelquefois de leur activité en lien avec la défense individuelle des agents¹².

L'absence d'une procédure acceptable à leurs yeux occasionnerait alors des dérèglements dont ils peuvent se saisir, élargissant ainsi leur zone d'influence et augmentant la visibilité de leurs actions.

Un autre élément important, sur lequel il faudrait apporter une correction rapide, est le déménagement du service social du personnel. Il est souhaitable selon plusieurs acteurs interviewés de repositionner chacune des fonctions dans son champ de compétence.

A Nord-Est et à Sud, quand les acteurs ne s'approprient pas suffisamment des mécanismes organisationnels le dispositif est insatisfaisant

Le document partagé de relevé et de suivi des décisions de la CLGPA n'est pas un outil clairement accepté par les acteurs du site Nord-Est. Cela nous paraît être un indicateur de l'interpénétration entre les stratégies individuelles d'acteurs et l'objectif collectif. Cette particularité, alors que des mécanismes de collaboration sont établis, indique peut être que le fonctionnement d'aujourd'hui est déterminé par l'investissement volontariste des professionnels (DRH adjointe, AAH-Chef du personnel, DS, CRH...) au dispositif. La CLGPA du site Nord-Est a été mise en œuvre sur l'impulsion de la DRH adjointe, et l'adjonction des partenaires utiles à son fonctionnement. Nous ne pouvons exclure qu'au départ de l'un d'eux, l'équilibre soit difficilement préservé.

Le recensement des agents dont les dossiers pourraient être validés par le comité médical peut être amélioré. La procédure en vigueur sur le site Sud est efficace, mais ne peut pas être reproduite en l'état sur le site Nord-Est. Pour un des acteurs de Nord-Est, cette méthode ne garantit pas le respect de la libre adhésion des agents. Cependant, l'association des gestionnaires de la DRH semble une piste intéressante. Au contact permanent des agents, ils pourraient utilement de manière ciblée, dispenser une information sur l'utilité et les bénéfices à se faire recenser en cas de restriction d'aptitude.

L'organisation de pré GPA réellement pluridisciplinaire et la recherche de l'amélioration du dispositif sont des axes de travail à privilégier

Tous les acteurs relèvent la complexité et les délais nécessaires à mettre en ordre de fonctionnement une CLGPA. Dans ce contexte, les pré GPA, réunies à l'instigation de la CRH semblent un échelon réaliste d'élaboration collective.

¹² Cette remarque est un élément d'explication possible, à l'interrogation émise par le médecin au cours de l'interview, à l'absence d'exigence des OS de création d'une CLGPA, alors qu'elle est l'objet d'un protocole signé par les partenaires sociaux de la fédération des GH.

Par ailleurs, la CRH a une formation de psychologue clinicienne. Cette qualification est un atout nécessaire à la qualité des travaux de cette instance, étant donné les malaises relationnels fréquents qui se cumulent aux difficultés somatiques des agents en restriction d'aptitude.

Sur les sites Nord-Est et Sud, comme le souligne l'AAH-chef du personnel du site Sud, le suivi des agents repositionnés sur les postes aménagés ou adaptés est une activité mal maîtrisée. On ne vérifie pas de manière généralisée et régulière l'évolution de l'état de santé des agents. Or, la raréfaction des postes aménageables impose qu'un état régulier de l'effectif disponible soit réalisé. Cela permettrait de rationaliser la gestion des postes, mieux identifier les agents potentiellement éligibles au FIPHFP, et réajuster le cas échéant les repositionnements des personnes, quand leurs états de santé ne s'améliorent pas.

L'analyse que nous proposons suggère dans la dernière partie de cette section un ensemble de propositions afin d'améliorer le dispositif de la GPA.

2.3 Quelle GPA pour le groupe hospitalier Sud-Nord-Est ?

La modification du cadre de travail et des ressources disponibles conduit à un changement des pratiques, et à une rationalisation des moyens de la GPA.

Certains des acteurs expriment des besoins et des demandes qui, s'ils n'étaient pas pris en compte, les empêcheraient d'accomplir leurs objectifs stratégiques, et renforceront les contraintes auxquelles ils sont soumis.

Le besoin exprimé par les professionnels, de la mise en place d'une procédure de GPA, est variable selon des particularités en lien avec l'expérience professionnelle, la connaissance du milieu d'intervention, les contraintes de l'injonction médicale et le besoin d'une expertise pluriprofessionnelle.

La nécessité d'instaurer un cadre formalisé de GPA est partagée par tous. Il devrait permettre de poser l'indication et les préconisations pour le traitement des situations complexes. Certains souhaitent mettre l'accent sur le suivi des agents, d'autres sur la recherche de solutions acceptables.

Les pré GPA paraissent être un niveau satisfaisant d'élaboration. Ces réunions pluriprofessionnelles peuvent être convoquées rapidement.

La CLGPA semble être une instance utile d'expertise pluriprofessionnelle et qui traite des situations pour lesquelles on ne trouve pas de solution.

Un autre acteur estime qu'il serait souhaitable d'établir des collaborations inter GH, pour permettre des réflexions croisées entre professionnels et faciliter les mobilités.

Il nous semble que les préconisations qui peuvent être avancées devraient s'appuyer sur deux axes forts : d'une part la promotion d'une autre représentation de

l'inaptitude au travail, et d'autre part l'harmonisation du dispositif de GPA sur l'ensemble du GH.

2.3.1 Promouvoir une autre représentation de l'inaptitude au travail

Objectifs généraux, communication et réorientation sur le GH

Il serait souhaitable que la Direction Générale communique de nouveau sur la politique du GH, en réaffirmant les orientations stratégiques en matière de ressources humaines : axe N° 4 « Amélioration des conditions de travail et réduction du taux d'absentéisme et des départs hors Fédération des GH d'IdF ».

Cette action viserait aussi à corriger les représentations sociales encore en cours sur les restrictions d'aptitude, et les présupposés toujours en vigueur qu'ils véhiculent. L'appellation « poste doux », pour désigner les postes aménagés, véhicule une représentation péjorative, qui suggère que son antonyme, le « poste dur », serait une norme ordinaire de situation professionnelle.

Ce signal, encore présent, ne contribue pas à encourager les agents à déclarer leur inaptitude, ce qui se répercute dans les organisations de travail.

Cette action de portée générale, visant à promouvoir une autre représentation de l'inaptitude au travail, pourrait à moyen terme avoir une incidence sur le recensement des agents éligibles au FIPHFP, en améliorant les conditions de travail et le suivi des travailleurs handicapés et des agents en restriction d'aptitude. À ce sujet, un nouveau protocole de la fédération est en cours de renégociation par les partenaires sociaux, et devrait être ratifié au cours du premier semestre 2013.

Un plan de communication global est envisagé par la fédération des GH d'IdF (plaquette à destination des agents, affiches, communications aux cadres...), qui précisera en détails l'intérêt de se faire reconnaître en qualité de travailleur handicapé, et de présenter les droits connexes générés par ce statut. La validation par le comité médical de certaines restrictions d'aptitude et des possibilités générées sera également consigné. Ces supports ne seront pas disponibles avant six à neuf mois.

- L'affirmation des principes et des choix stratégiques de GH

Ces principes doivent être accompagnés de réaménagements et d'actions, afin d'influer sur les pratiques des acteurs et améliorer les résultats au regard de la GPA, mais aussi améliorer potentiellement les conditions de travail.

Action – acteurs

Création d'une fiche synthétique jointe à la fiche de paye des agents,

Sujet : inaptitudes mode d'emploi, droits connexes générés

Quel intérêt pour l'agent et le GH ?

(Axe stratégique Attractivité et RH, Amélioration des conditions de travail)

Réalisation de la fiche synthétique et pratique : AAH, DS, CRH, assistantes sociales du personnel, service communication du GH pour un travail d'amélioration de la charte graphique

Décideur : Direction générale du groupe

Diffusion : fiche de paye du mois de décembre

Coût : budget global communication, temps de travail du service paye pour la mise sous enveloppe

Enjeux

- Changer les représentations sociales de l'inaptitude et du handicap
- Apporter à l'ensemble du personnel une information officielle sur l'objectif stratégique du GH et le travail en cours localement
- Augmenter le taux d'agents pouvant prétendre au FIPHFP
- Remplir l'objectif de prévention et d'amélioration des conditions de travail

Évaluation

- Nombre de demandes de renseignements qui sont adressées à la DRH
- Nombre d'agents qui adressent une demande de renseignement au CRH
- Nombre de demandes de renseignements qui transitent par la direction des soins
- Évolution du nombre de dossiers ouverts à la Mission handicap de la Fédération des GH en 2013

- ***Associer les médecins dans le cadre de leurs instances***

Les médecins sont au cœur de l'activité des services et doivent être impliqués sur les enjeux de l'amélioration du traitement de l'inaptitude des personnels non médicaux et de ses conséquences sur l'activité hospitalière¹³.

Action - acteurs

Information par la Direction Générale et la CSIRMT au directoire et aussi à la CME de l'action globale de recensement en cours sur le GH

Enjeu

Faciliter la prise de conscience des enjeux, travailler sur les représentations et rendre plus compatibles les exigences des personnels médicaux avec les capacités du personnel non médical

Évaluation

A long terme, communication générale

- ***Création d'une page intranet sur les restrictions d'aptitude***

Les interviews montrent que des personnes ne sont pas suffisamment informées sur les possibilités proposées sur le GH. L'une d'elle a fait part de l'impact que pourrait avoir des témoignages directs d'agents ayant bénéficié de reclassements.

Un lien intranet sur la page d'accueil du GH est envisageable. Il pourrait contenir des photos d'agents et de professionnels de l'établissement qui l'acceptent, des témoignages sous formes de séquences vidéo courtes sur les métiers du GH, des renseignements essentiels (types de postes disponibles...), une foire aux questions, ainsi que la possibilité de déposer un message à destination du CRH.

¹³ Ce point a été évoqué lors de l'entretien avec la Directrice des soins.

Par cette action, il s'agirait de dédramatiser la question de l'inaptitude au travail, et d'aborder ce thème en l'incarnant avec de réels professionnels du groupe (si possible des agents satisfaits de leur nouvelle condition professionnelle).

L'objectif serait donc d'apporter une autre lecture des changements d'emploi et des adaptations de poste, ceci en valorisant des parcours attrayants effectivement vécus – et donc vérifiables – par des agents du GH.

Action - acteurs

Réalisation d'un lien intranet dédié à l'inaptitude, au handicap et à l'emploi.

Décideur : Direction générale du groupe

Mise en œuvre : la Pré GPA (AAH...) en réunion spécifique et un développeur « Joomla » du service informatique

Coût : Temps agents informatique et pré GPA

Enjeux

- Modifier les représentations des réorientations professionnelles
- Faciliter le changement préventif de métier
- Produire une information mise à jour régulièrement

Évaluation

- Nombre de clics et durée de la consultation de la page
- Mesure du taux annuel de recensement des agents validés par le comité médical

2.3.2 Réaménagement et harmonisation du dispositif de GPA sur les deux sites

Dispositions communes à Nord-Est et Sud

- *Élaborer une cartographie des postes aménagés officieux et officiels*

L'objectif est de parvenir à rendre lisibles les changements d'emplois effectifs dans le GH. L'objectif escompté est d'établir l'état des lieux le plus exhaustif possible des postes disponibles, et des postes déjà attribués en repositionnement et en aménagement dans le GH. Cette photographie à un instant donné permettrait :

- une connaissance fine des tâches effectuées, des grades et des temps de travail
- d'identifier les pôles accueillants des agents en GPA, en l'absence de support budgétaire
- de viser la création d'un nombre de postes réservés en sur effectif, sans exigence de productivité à l'échelon du GH
- d'objectiver des décisions d'octroi de mensualités aux pôles qui acceptent des agents en GPA, pendant la durée de la mesure.

Action - acteurs

Cartographie des postes aménagés officieux et officiels : solliciter tous les cadres de santé et des fonctions supports et faire remonter les informations à la CRH, la DRH, la direction des soins.

Réalisation de la fiche : CRH, DRH - Chef du personnel, Direction des soins

Validation de la fiche : CSIRMT/DS, DRH/AAH, CRH

Diffusion : Direction des soins, DRH et AAH-Chef du personnel, au moment des rencontres de suivi de TPER, par le CRH et la responsable formation dans les temps d'activité avec les cadres

Rappel : au moment des réunions du fonctionnement ordinaire (commission des

plannings...)

Durée : janvier 2013 – juillet 2013

Coût : temps agents, évaluation mensuelle en pré GPA et relance des secteurs non répondants

Enjeux

- Sécuriser les pôles et les services et rééquilibrer les postes aménagés et adaptés sur tous les pôles

Favoriser l'évaluation des agents en poste aménagé

Évaluation

- Nombre de réponses reçues
- Nombre de postes identifiés
- A un an : rééquilibrage des postes aménagés sur les pôles

- Sur les deux sites : favoriser un meilleur suivi de la GPA

L'appropriation insuffisante de l'outil indique peut-être la difficulté des acteurs à poursuivre jusqu'à son terme l'objectif collectif : apporter de bonnes réponses, dans la durée, au traitement de l'inaptitude au travail.

L'évolution des inaptitudes devrait être évaluée régulièrement, afin de reconsidérer leur pertinence en cas d'amélioration ou d'aggravation des situations individuelles. D'ailleurs, les deux agents enquêtés, bénéficiaires de cette mesure expriment également tous les deux ce besoin de suivi.

La détermination d'une organisation du suivi devrait être conçue collectivement.

Action - acteurs

Mise en place du suivi des mesures de GPA : Tous les acteurs impliqués

Méthode : remue-méninges (Brainstorming)

Mise en œuvre : par les acteurs de la pré GPA technique du brainstorming (association d'idées, respect des points de vues formulés par les uns et les autres, etc.)

Coût : un animateur extérieur, plusieurs séances

Date : délai selon procédure des marchés public. Premier trimestre 2013

Enjeux

- Améliorer les conditions de travail
- Améliorer l'expertise de la pré GPA et de la CLGPA
- Garantir dans la durée les reclassements, repositionnements et aménagements de postes, éviter les situations d'urgences
- Prévenir l'aggravation des situations complexes qui resurgissent avec un caractère d'urgence

Évaluation

- Réduction des situations traitées en urgence
- Réduction de l'absentéisme (cibler les agents en mesure de GPA)

- Informer de manière détaillée le Médecin du travail sur les fiches de postes

La cartographie doit permettre une lisibilité sur les grades, les emplois et les tâches réellement effectuées. Ces précisions essentielles à l'AAH – Chef du personnel, dans la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, sont aussi indispensables au médecin du travail, facilitant les études de postes à réaliser. Ses exigences portent

aussi sur une meilleure collaboration pluriprofessionnelle. Cela lui permettrait d'affiner ses prescriptions d'orientation.

Action - acteurs

Réalisation de fiches de postes métier et tâches détaillées : La DRH, l'AAH – Chef du personnel, la Direction des soins, le CRH avec les éléments collectés via les cadres de santé, CPP...

Effet : immédiat pour chaque nouvelle situation

Coût : non

Enjeux

- Contribuer à l'efficacité des activités du médecin du travail
- Fidéliser le médecin du travail sur le GH
- Devenir attractif pour les recrutements en cours, malgré la pénurie en médecin du travail

Évaluation

- Satisfaction exprimée par le médecin du travail
- Durée de son exercice dans le GH
- Attractivité pour les recrutements indispensables

- Formation spécifique des cadres

Une formation à l'entretien professionnel à destination des cadres est en cours sur le GH, jusqu'en juillet 2013.

Cette formation se déroule en deux phases : e-learning et formation de groupe.

La deuxième phase (formation pratique) est une formation en présentiel, avec des mises en situation et des phases d'entraînement, sur une durée de deux jours.

La responsable formation a précisé la possibilité d'adapter la formation de la deuxième phase, en fonction des besoins particuliers des participants.

Ce temps de formation et de réflexion est un moment opportun pour sensibiliser les cadres aux dispositifs existants de la GPA, et de l'importance de leur concours en matière d'information, de prévention et d'orientation des agents.

Il est proposé de prévoir une intervention systématique par le Chef du personnel, la Directrice des soins et la CRH, au moment de la deuxième phase.

Action - acteurs

L'intervention au cours de la formation à l'évaluation en cours:

- Une information sur la restriction d'aptitude et le repositionnement professionnel (burnout et RPS, si ce n'est pas prévu)
- Une remise du guide à destination des agents et des cadres sur le reclassement professionnel
- Un recensement des postes aménagés

Durée : 1 heure, à prévoir le deuxième jour

Budget : formation continue, déjà budgété.

Enjeux

- Augmenter potentiellement le nombre de postes aménagés
- Susciter un dialogue systématique dans les services et les pôles entre cadres et agents
- Réduire la contribution au FIPHFP

Évaluation

- Le nombre de cadres participants à la formation
- Le nombre de guides distribués sur le reclassement

- ***Informier les agents de la possibilité de repositionnement***

Au moment de l'évaluation, et dans les autres temps de rencontres individuelles avec leur cadre, une information pourrait être dispensée aux agents.

Acteurs – action

Fiche d'information : inaptitude mode d'emploi et droits connexes générés.

Information des agents lors de l'évaluation, info sur la fiche de paye

Acteurs : direction des soins et cadres de santé (Mission spécialisée handicap et inaptitude : guide disponible au premier semestre 2013)

Coût : pas de surcoût pour le GH

Enjeux

- Faciliter l'identification des agents éligibles au FIPHFP
- Prévenir l'aggravation de l'inaptitude au travail

Évaluation

- Le nombre d'agents recensés
- Le nombre d'agents pris en charge en pré GPA

- ***Rendre systématique la visite médicale de pré reprise***

Il semble important de systématiser la visite de pré reprise, après arrêt prolongé. En amont de celle-ci, il serait opportun d'envoyer le guide de repositionnement disponible au premier semestre 2013.

Action – acteurs

Visite de pré reprise avec le médecin du travail Acteurs : Médecin du travail, DRH en lien avec DS, service formation

Mode de contact : courrier systématique, envoi de courriel et appel téléphonique pour proposer aux agents une visite de pré reprise, avec le médecin du travail, en lien avec l'AAH – Chef du personnel pour anticiper le retour à l'emploi.

Enjeu

Faciliter le retour des agents et leur repositionnement

Évaluation

Nombre de pré visites

- ***Favoriser, organiser et valoriser les séminaires et rencontres inter cadres bi site***

Les rencontres régulières des cadres de santé des pôles bi site sont de nature à favoriser la connaissance, la reconnaissance et les synergies. Il semble donc important de favoriser les séminaires des pôles bi site sur des thèmes transversaux. (ex. séminaire cadre du pôle Urgences en avril 2012, réunions des cadres bi site organisées par le CSS interviewé)

Actions - acteurs

Favoriser avec budget spécifique les séminaires cadres et rencontres (priorité aux pôles bi sites.

- Intervention de la DRH, explication protocole handicap, repositionnement, méthode...

Enjeux

- Favoriser une culture professionnelle de GH
- Favoriser la mobilité intra pôle et GH

Evaluation

Nombre de mouvement entre les sites

Modifications particulières sur le site Sud

- Désignation d'un référent handicap sur le site Sud

La responsabilité de garantir l'emploi et le recensement des agents relevant du protocole handicap appartient à la DRH. Cependant, compte tenu du contexte particulier du site Sud, il paraît judicieux de désigner un référent handicap qui ne soit pas directement identifié à la fonction hiérarchique de Chef du personnel.

Les assistantes sociales du personnel ou les chargés des conditions de travail sont généralement très représentés dans cette fonction. Cependant, d'autres grades (administratifs, paramédicaux ou sociaux) se retrouvent aussi.

Action - acteurs

Recrutement d'un référent handicap : DRH et AAH pour le site Sud

Élaboration de la fiche de poste : DRH, AAH en collaboration avec le CRH (référent mobilité du GH) et la responsable de la formation

Formation : Session de formation d'adaptation et de formation à la déclaration annuelle au FIPHFP réalisées par la Mission spécialisée de la fédération des GH d'IdF

Coût : formation : budget de la Mission spécialisée, temps de travail à définir selon fiche de poste (+/- ¼ temps)

Enjeux

- Maintenir l'efficacité du recensement des agents éligibles au FIPHFP
- Apaiser le climat social et susciter la libre adhésion des agents
- Constituer un maillon fort du travail pluridisciplinaire autour du handicap et de l'inaptitude

Évaluation

- Augmentation du taux de recensements au FIPHFP
- Baisse des conflits avec les OS
- Satisfaction exprimée des acteurs

- Changement des locaux du service social du personnel du site Sud

Il apparaît nécessaire de dissocier les locaux du service social du personnel de ceux octroyés aux OS.

Action - acteurs

Déménagement du service social du personnel : Direction des bâtiments et des travaux, ingénieur travaux, DRH, Chef du personnel, en concertation avec le service social du personnel

Enjeux

- Éviter les risques de confusion entre les prérogatives des organisations syndicales et du service social du personnel
- Permettre aux assistantes sociales du personnel de travailler plus sereinement et efficacement

Évaluation

- Satisfaction des assistantes sociales
- Réduction des interférences non constructives
- Réduction des tensions avec les OS

- **Création d'une instance de pré GPA et d'une CLGPA sur le site Sud**

La CLGPA est très utile lorsqu'elle se prononce sur des situations exceptionnelles, difficiles à résoudre par la direction des soins et la DRH.

Cette instance devrait de nouveau être formée afin de répondre aux quelques cas particuliers, chaque année, pour lesquels les médecins de contrôle et du travail, l'équipe administrative, sociale et technique, doivent être convoqués simultanément.

En dehors des séquences d'expertise des CLGPA, les réunions de pré GPA, qui réunissent les acteurs essentiels concernés, à propos des situations singulières, sont plus réactives. Autour de la Direction des soins, de l'AAH-Chef du personnel, du référent handicap et du CRH, tous les professionnels concernés sont invités à la réflexion.

C'est la densité et la régularité des échanges formels et informels qui semblent garantir la qualité du travail pluridisciplinaire entre acteurs aux stratégies diverses.

Les modalités de fonctionnement devraient être discutées et décidées collectivement, en garantissant une libre expression pluriprofessionnelle.

Action - acteurs

Création d'une CLGPA sur le site Sud : Directeur des Ressources Humaines, Dates des réunions de CLGPA : A déterminer en pré GPA, et selon les besoins

Mise en place des séances de pré GPA : Décideurs : DRH, AAH, Direction des soins
Participants : médecin du travail, assistantes sociales, CRH, responsable formation...

Dates des pré GPA : en fonction des demandes du médecin du travail, de la CRH, de tout interlocuteur de la CLGPA, en cas d'urgence

Enjeux

- Mieux prendre en compte les conséquences de l'inaptitude par une concertation pluriprofessionnelle élargie
- Offrir un cadre visible et permanent du traitement de l'inaptitude au travail
- Réduire les sources inutiles de conflits
- Apporter une réponse favorable à la fidélisation des personnels (particulièrement le médecin du travail)

Évaluation

- Satisfaction exprimée dans les bilans de pré GPA et de GPA par les acteurs
- Réduction des tensions avec certaines OS
- Fidélisation des personnels acteurs de la GPA

Conclusion

Nous avons émis l'hypothèse que l'efficacité de la procédure de GPA au GH Sud-Nord-Est était à la fois soumise à l'affirmation et l'engagement stratégique de la direction du groupe, et aussi conditionnée par la participation sans réserve de ses acteurs.

Nous constatons que cette proposition bien que vérifiée, ne recouvre qu'une partie de la problématique de la gestion personnalisée des agents. La GPA s'exerce efficacement qu'il y ait ou pas une procédure normalisée. Les professionnels et les cadres de service s'accommodent plus ou moins aisément de leurs contraintes et instaurent des facilités et des aménagements au travail. Ces adaptations officieuses, hors procédure, permettent parfois un maintien durable dans l'emploi de personnes en restriction d'aptitudes.

La DRH et la direction des soins sont engagés tout d'abord dans une démarche de GPA lorsqu'une indication médicale est posée. Hormis les motifs de droit, c'est sur sollicitation des services, parfois à la faveur d'une crise qu'elles sont interpellées.

Les mutations organisationnelles, les sciences médicales et l'accroissement des compétences techniques nécessaires à l'hôpital ont tari l'offre en postes adaptables. Cet affaiblissement ainsi que les contraintes financières, ont renforcé l'exigence de rationalisation des processus de l'activité hospitalière publique.

Or, la recherche de gains d'efficacité au travail et la gestion personnalisée des agents sont deux exigences simultanées. De fait, elles engagent à la réduction de tous les coûts évitables, dont la cotisation au Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique. Le dépistage exhaustif des agents atteints d'inaptitude, permettrait de réduire cette cotisation et augmenterait certaines ressources subsidiaires.

C'est dans ce contexte que s'inscrivent les objectifs d'amélioration de la qualité de vie au travail et de la fidélisation des personnels à la fédération des GH d'IdF.

L'enjeu pour la direction des ressources humaines et le chef du personnel est donc tout à la fois de mieux identifier les agents en restriction d'aptitude éligible au FIPHFP, mais aussi de les motiver afin qu'ils se fassent connaître spontanément.

Une attention particulière devrait être portée sur la catégorie des personnels administratifs, au regard de l'alerte posée par le médecin du travail, sur l'évolution de leur demande d'aide.

Une mise en œuvre efficace de la GPA participe ainsi à la réalisation de l'objectif stratégique. Les résultats de cette étude montrent qu'elle est indissociable de l'instauration d'un environnement professionnel serein, reconnaissant à chacun ses spécificités. Cet environnement peut se réaliser au sein d'une instance pluriprofessionnelle, souple, comme cela se pratique dans les pré GPA. Pour le site Sud,

il devrait être privilégié la mise en place d'une telle instance, ses modalités de fonctionnement devant être définies collégalement, sur la base d'un consensus.

L'objectif collectif de la modification des représentations sociales de l'incapacité est un objectif de long terme. Il peut avoir une incidence certaine sur la déclaration de leurs difficultés par les agents.

Nous pouvons extraire trois axes principaux de l'ensemble des suggestions formulées, afin de poursuivre le travail engagé par le GH.

Le premier est l'instauration d'une communication par la direction du groupe, y associant la gouvernance médicale, afin d'influencer les représentations sur la restriction d'aptitude. Il s'agit d'agir globalement sur les représentations véhiculées socialement.

Le deuxième est la réalisation d'une cartographie du phénomène de la GPA sur le groupe, en recensant de manière exhaustive les postes officiels et officieux, et en mobilisant tous les pôles.

Le troisième objectif, qui pourrait être actionné en corolaire du second, est l'étude de faisabilité pour la création d'un pool de postes adaptés et pérennes, qui permettrait de mutualiser à l'échelle du groupe un dispositif qui ne soit pas vécu comme pénalisant au regard du TPER par les pôles.

Bibliographie

Ouvrage de référence

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, L'acteur et le système, Les contraintes de l'action collective, 1981, Éditions du Seuil, Première édition paru en 1977, collection « Sociologie politique »

REMY Patrick, La gestion des postes aménagés à l'hôpital : pourquoi pas une plus-value pour l'institution, 2004, directeur des soins (promotion 2004), ENSP Rennes

MANGEL Anne-Claire, « analyse de la construction sociale de la notion de « jeu pathologique » et de ses effets sur les représentations et pratiques des joueurs de la française des jeux, thèse nov. 2009, pages 15-17, Université Paris Descartes,

Compte-rendu de réunion

Groupe Hospitalier Sud-Nord-Est, Réunion d'encadrement du GH, Vendredi 8 avril 2011, Projet médical, Trajectoires financières et objectifs 2011, Mise en place des pôles, Les 16 thèmes prioritaires définis par le Direction Générale ;

Rapports et documents

Siège des GH d'Ile-de-France, Protocole d'accord en faveur de la prévention et de la prise en charge de l'inaptitude, Paris le 1er juillet 2005, documentation de la Mission Handicap et Travail, Direction des Ressources Humaines siège des GH d'IdF

Guide déclaration au FIPHFP, janvier 2012, Direction des ressources humaines-département Santé au travail et Politiques Sociale - Mission Handicap et Travail

FRANCOIS Daniel, FOSSIER Agathe, FRANCOIS-DAINVILLE Grégoire, RESTE Isabelle, FIPHFP, Guide de l'employeur public, Recrutement et maintien dans l'emploi des personnes handicapées, juin 2007

CREAC'H Consulting, Analyse des besoins en compétences des dirigeants du secteur sanitaire, social et médico-social, rapport final, février 2012-08-11

FNATH (Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés), Vivre et travailler après un accident de la vie, une enquête réalisée auprès des adhérents de la FNATH, rapport final, mars 2012, fnath.org.

Revue, articles

CAILLET René, CRIE Dominique, Stratégie de groupe public : pour un marketing hospitalier, Revue hospitalière de France, n° 525, décembre 2008, p.13-16

RUCKEBUSCH Thierry, La loi relative à la mobilité et aux parcours professionnels (suite et fin), Loi n° 2009-972 du 3 août 2009, JO du 6-08-09, Le cahier juridique, Actualités Sociales Hebdomadaires, n°2630, 30 octobre 2009

Textes de lois, décrets, arrêtés

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, version consolidée au 14 mars 2012.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000512459&fastPos=1&fastReqId=487805604&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

Décret n°89-376 du 8 juin 1989 pris pour l'application de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé. Version consolidée au 14 juin 1989.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000885431&fastPos=1&fastReqId=991950603&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

CIRCULAIRE N°DGOS/RH3/MEIMS/2012/228 du 8 juin 2012 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

NOR : AFSH1225589C



EHESP

Liste des annexes

Document n°1 :	page II
Tableau récapitulatif des préconisations d'harmonisation de la GPA sur le groupe hospitalier Sud-Nord Est	
Document n° 2 :	page IV
Notice technique de procédure et de suivi de la GPA sur le site Nord-Est	
Document n° 3 :	page VIII
Fiche de mouvement interne de changement d'affectation, site Nord-Est	
Document n° 4 :	page IX
Fiche de suivi individualisé, site Nord-Est	
Document n°5 :	page XI
Guide d'entretien des agents en restriction d'aptitude	
Document n°6 :	page XIII
Guide d'entretien à destination des cadres, AAH, DS...	

Document n°1 : Tableau récapitulatif des préconisations d'harmonisation de la GPA sur le groupe hospitalier Sud-Nord Est

Action	Responsable	Mise en oeuvre	Enjeux	Coût	Evaluation
GH : fiche inaptitude mode d'emploi, droits générés connexes	AAH, DS, CRH	Sans délai	représentations inaptitude et handicap	Pas de coût généré, budget communication	nombre de demandes de renseignements
GH : page intranet	Direction générale, développeur «Joomla »	1 ^{er} trimestre 2013	Représentation , information	Équipe développeur GH, temps CRH...	Nombre de clic, taux de recensement
GH : Cartographie des postes GPA soignants, administratifs...	DRH avec la DS, CRH	Janvier 2013 – juillet 2013	Estimation fine, rééquilibrage entre pôles	Temps agents, cadre	Étude de postes médecin du travail, évaluation RH, DS, CRH...
Sud : recrutement référent handicap inaptitude	DRH et AAH	Sans délai, remplacement assistante sociale	Devenir le pivot handicap et inaptitude à Sud	¼ ou ½ temps	Baisse conflit avec OS Recensement FIPHFP Satisfaction des acteurs
Sud : déménagement du service social	DRH et service bâtiments du GH	Selon travaux... 2 ^{ème} semestre 2013	efficience du service social		Réduction des interférences, baisse des tensions, satisfaction assistantes sociale
Sud : création pré GPA	DRH-AAH-DS-CRH-médecin du travail...-	1 ^{er} trimestre 2013	Cadre visible et permanent, pluri professionnalité, efficience	Pas de surcoût	Satisfaction médecin travail, réduction des tensions avec les OS

GH et Nord-Est : Mise en place d'un suivi partagé, Brainstorming	DRH-AAH, DS, CRH,....tous les acteurs concernés	1 ^{er} semestre 2012, avec un animateur spécialisé en remue-méninges	Améliorer l'expertise et le suivi pré GPA et CLGPA, mieux garantir dans la durée les GPA	3000 euros	Réduction des urgences GPA, agir sur l'absentéisme des GPA
Information cadres 1h dans module évaluation en cours jusqu'en 2013	DS, CRH, AAH	2012 - 2014	Susciter dialogue spécifique cadre-agents recensement, réduire part FIPHFP	Pas de surcoût. Intervention dans la formation en cours à l'évaluation	Nombre de cadres informés, nombre de guide du reclasemnt distribués
Informations aux agents	Cadre au moment de l'évaluation, remise guide inaptitude	DS – AAH- guide Mission handicap 1 ^{er} semestre 2013	Prévention inaptitude Prévention de l'aggravation	Pas de surcoût, Mission handicap siège	Nombre de guides donnés, nombre d'agents en GPA
Pré visite médicale systématique	Médecin du travail, mail Courrier, téléphone, AAH, gestionnaires ?	1 ^{er} trimestre 2013	Anticiper, au moins 2 propositions aux agents, faciliter repositionnement	Temps agents DRH, service social, voir qui est le mieux placé	Nombre de prévisites
Favoriser séminaire cadres bi sites (ex. Urgences, avril 2012), réunion bi site pôle bio	CPP, CAP, chef pôles, DRH	2013	Culture professionnelle de GH, mobilité inter site Mobilité inter site	Budget accompagnement DRH incitatif	Nombre de rencontres et séminaire

**Gestion et affectation des agents en
Grands restriction
« principes »**

Document a été réalisé par le Groupe de travail « Agents en restriction » - mené entre juin et décembre 2010 – en présence de :

Circuit d'information pour les agents en restriction

- 1- Après un CLM/CLD/AT avec arrêt de plus de huit jours/ un arrêt maladie de plus de 21 jours/ une absence de plus de trois mois, l'agent effectue **une visite de reprise** au cours de laquelle, le médecin du travail s'assure qu'il est médicalement apte à son poste de travail.
- 2- Le médecin du travail établit **une fiche médicale d'aptitude**. Cette fiche ne contient aucun renseignement sur la nature des affections dont l'agent serait ou aurait été atteint. Elle mentionne uniquement les contre-indications ou les recommandations concernant l'affectation éventuelle à certains postes de travail. Elle est établie en double exemplaire, dont l'un est remis à l'agent et l'autre transmis à la DRH. Copies Cadres (les destinataires en copies, sont mentionnés sur la fiche bleue pour info)
- 3- L'administration est tenue de prendre en considération les avis d'aptitude médicale délivrés par le médecin du travail, nécessitant un changement d'affectation ou une adaptation du poste de travail.
- 4- Afin de faciliter la recherche des mesures nécessaires, lorsqu'une modification de l'aptitude au travail est prévisible, une visite médicale de pré reprise préalable à la reprise du travail peut être sollicitée à l'initiative du salarié, du médecin traitant ou du médecin-conseil des organismes de sécurité sociale, préalablement à la reprise du travail. (Article R 4624-23 du Code du travail)

Un courrier type est envoyé avec la décision administrative de placement en CLM/CLD par la DRH invitant les agents à prendre rendez-vous avec le médecin du travail, avant sa reprise.

Cette visite de pré-reprise, ne dispense pas l'agent d'une visite de reprise effective.

- 5- En cas de restrictions médicales ne nécessitant pas un changement de poste, la fiche d'aptitude médicale est directement envoyée par le médecin du travail au Cadre Paramédical du pôle. Ce dernier met en application les restrictions préconisées. Une copie de la fiche d'aptitude est envoyée à la gestion pour archivage dans le dossier administratif.
- 6- En cas de demande de changement d'affectation, la fiche d'aptitude médicale est envoyée directement par le médecin du travail à la DRH et en

copies à la Direction des soins, aux Direction fonctionnelle ou CPP et à la Conseillère en Ressources Humaines.

- 7- L'agent est invité par la médecine du travail à prendre RV avec la Conseillère en Ressources Humaines pour étudier son parcours et ses compétences, et avec la DHR/DS pour sa nouvelle affectation en relation avec les CPP.
- 8- Une **fiche de suivi** est remplie par le DRH ou la DS au moment de l'entretien pour acter la proposition de changement d'affectation et la réponse de l'agent – Cette fiche est archivée dans le dossier administratif.
- 9- Une **fiche de mouvement** est ensuite remplie par la DRH ou la DS pour acter définitivement l'affectation et transmet la fiche à la Gestion, à la cellule Gestime et aux pôles. Elle est ensuite classée dans le dossier administratif.
- 10- Si l'agent accepte l'affectation, la DRH/DS remplit uniquement une fiche de mouvement, qui devra être signée par l'agent. Si l'agent refuse la proposition d'affectation, la DRH/DS remplit une fiche de suivi
- 11- La fiche de mouvement est un outil de communication permettant d'informer officiellement les différents services concernés du changement de poste et de la date de reprise

Agents en restriction et règles d'affectation

1- Il existe dans chacun des pôles, des postes adaptés et des postes réservés.

Un poste adapté est un poste qui nécessite une fiche de missions spécifique prenant en compte les restrictions fonctionnelles de l'agent. En cas de départ de l'agent, le poste n'est pas remplacé en l'état.

Un poste réservé est un poste non adapté, proposé en priorité aux agents en restriction. En cas de départ de l'agent, le poste est remplacé, selon la même configuration. Il n'existe pas de poste réservé « type ». Chaque pôle détermine sa propre liste de postes réservés en fonction de son organisation et de ses spécificités. Cette liste est transmise par les Cadres Paramédicaux de Pôle à la Direction des Ressources Humaines et à la Direction des soins.

Exemples de postes réservés en Pôle médecine : Officier à la salle Prévert, Secrétaire hospitalière, Lingère, Coursier – logisticien, IDE de consultation, IDE en HDJ MPR.

- 2- La réaffectation d'un agent en restrictions ne prend effet qu'avec l'accord du Cadre Paramédical de pôle.
- 3- La décision d'affectation doit impérativement prendre en considération le % d'agents en restriction au sein du pôle. Les nouveaux agents en restriction sont prioritairement affectés sur les pôles présentant les statistiques les plus basses.

- 4- Il serait souhaitable que le nombre d'agents en restrictions sur postes adaptés ne dépasse pas 8% de l'effectif physique du pôle.
- 5- La décision d'affectation ne peut exclure le fait que certains pôles présentent, en raison de leur activité clinique, un cadre d'accueil plus favorable que d'autres à l'encadrement d'un agent en restriction.
- 6- En tout état de cause, seront prises en compte, en premier lieu, les capacités de l'agent à occuper le poste (compétences, ressources personnelles etc.)

Faire « vivre » le tableau des agents en restriction

- 1- La DRH, la Direction des soins, les Cadres Paramédicaux de Pôle, les Cadres Administratifs de Pôle et la Médecine du travail mettent en place un outil de suivi des agents en restriction, lequel prend la forme d'un **tableau partagé**.
- 2- Le tableau est **une cartographie** des agents en restriction sur l'établissement. Il permet de faire une recherche par nom, par pôle, par secteur d'activité, par type de postes adaptés ou réservés. Ne sont intégrés dans le tableau que les agents avec des restrictions de long terme (supérieures à 2 mois). Sont donc exclues les restrictions liées au congé maternité
- 3- Il est une **source commune d'information**, tant sur les situations individuelles, que sur les situations collectives de travail : il permet notamment d'établir un % d'agents en restriction par pôle.
- 4- Il doit permettre de **fluidifier la gestion** de ces personnels, en donnant en temps réel les informations concernant l'avis d'aptitude médicale, les difficultés concernant l'affectation de l'agent, l'affectation définitive et le suivi.

5- Sont habilités à y accéder en lecture

simple : Secrétariat DRH/ secrétariat

Conseillère en RH

6- Sont habilités à le remplir en tant qu'utilisateurs :

Le DRH

Le chef du personnel

L'adjoint des cadres hospitalier de la

DRH La conseillère en ressources

humaines

La directrice des soins

La coordinatrice générale des soins infirmiers, rééducateurs et médico techniques

La directrice des soins

CPP

Cadres supérieurs de

santé CAP

IDE de la médecine du travail

Secrétaire de la médecine du travail

7- Le tableau partagé est un tableau « vivant », devant être complété au fur et à mesure de l'arrivée de nouveaux agents en restriction, selon le schéma suivant

- Élément déclencheur pour inscrire un nouvel agent en restriction dans le tableau : une visite médicale de reprise (ou de pré – reprise) et l'élaboration par le médecin du travail de la fiche « bleue » (préconisant restrictions/changement d'affectation). Ne sont intégrés dans le tableau que les agents avec une restriction supérieure à deux mois.

- 1^{er} cas de figure : l'agent doit changer d'affectation :
 - Il a un entretien avec la DRH/ DS. Au moment de l'entretien, les colonnes concernées doivent être renseignées (date de l'entretien, fiche de mouvement etc.).
 - Une fiche de mouvement est communiquée, notamment au CPP, qui remplit sa colonne

- 2^{ème} cas de figure : l'agent n'a que des restrictions sur son poste de travail : la fiche bleue est envoyée directement au CPP et au cadre de santé:
 - le tableau est directement renseigné par le CPP

- l'ensemble des acteurs sont habilités à remplir la colonne « suivi » : par ex, dès qu'une visite médicale est programmée, en cas de difficultés pointées par le CPP, en cas de suivi GPA etc....

8- Une réunion semestrielle est organisée avec la DRH/DS/Médecine du travail/ CPP pour faire un « bilan » du tableau et réajuster les ses dysfonctionnements

Tableau du % d'agents en restriction par pôle à la date du 23 décembre 2010

Pôles	Nd agents en restriction	Effectif physique du pôle au 23/12/2010*	Taux d'agents en restriction
001-PLIP	35	366	9,56%
002-Médecine	31	359	8,64%
003-Locomoteur	12	182	6,59%
004-Viscéral	18	315	5,71%
005-Neurosciences	26	333	7,81%
006-Urgences	11	454	2,42%
007-Addictologie	4	139	2,88%
Total hors ALT et CEL	137	2148	6,38%

DRH / DIRECTION DES SOINS
Groupe hospitalier

FICHE DE MOUVEMENT INTERNE

<u>IDENTITE DE L'AGENT :</u>		
Nom		:
<hr/>		
Prénom		:
<hr/>		
APH		:
<hr/>		
Grade	:	
<hr/>		
Reçu par	:	Date de l'entretien :
<hr/>		
<u>NATURE DU MOUVEMENT :</u>		
<input type="checkbox"/> Changement de service <input type="checkbox"/> Changement d'équipe		
Service d'origine	:	Service d'affectation :
<hr/>		
Horaires d'origine	:	Nouveaux horaires :
<hr/>		
Unité d'affectation	:	Métier d'origine :
<hr/>		
Nouveau métier	:	
<hr/>		
Date du mouvement	:	
<hr/>		
<u>OBSERVATION :</u>		
<hr/>		
<hr/>		
Date :	Nom DRH/DS : Signature :	Nom de l'agent : Signature :
Copies :		
<input type="checkbox"/> Gestion <input type="checkbox"/> Cadre de Pôle		
<input type="checkbox"/> Intéressé (e) <input type="checkbox"/> Cadre Sup		
<input type="checkbox"/> DRH <input type="checkbox"/> DS + cellule de recrutement		
<input type="checkbox"/> Cellule Gestime <input type="checkbox"/> CRH <input type="checkbox"/> Médecine du travail		

Document n°4 : fiche de suivi, site Nord-Est

Site Nord-Est
DRH

CONFIDENTIEL

FICHE DE SUIVI INDIVIDUALISE

Nom :

Adresse :

Prénom :

Tél :

Grade :

Date d'entrée à l'AP-HP :

Situation familiale :

Date de naissance :

Nombre et âge des enfants :

Date du CLGPA :

Situation administrative à la date d'examen :
(en activité, CLM, CLD, etc.)

Examen effectué à la demande :

- de l'agent
- d'un membre du CLGPA (à préciser)
- d'un cadre
- autre (à préciser)

Reprise de travail prévue le :

Motif de l'examen en CLGPA

Solutions proposées par le CLGPA
(changement de service, mutation, formation...)

Démarches à entreprendre
(services à contacter, échéances...)

Descriptif du poste à rechercher

Contraintes particulières à prendre en compte
(horaires, restrictions médicales...)

Suivi effectué par

Prochaine évaluation prévue le

Résultat
(évaluation dans le nouveau service..)

Formation initiale

Formation au titre de la promotion professionnell

**Expérience professionnelle hors
AP-HP**

**Parcours professionnel à la fédération des GH
d'IdF**

Difficultés rencontrées au cours de sa carrière (chronologie, nature, rapports éventuels...) :

Poste souhaité par l'agent dans l'immédiat :

Projet professionnel à moyen et long terme :

Observations (compétences particulières, potentiels professionnels...)

Document n°5 : guide d'entretien agents en restriction d'aptitude

Age
Sexe
Situation familiale
Nombre d'enfants et âge des enfants
Métier
Grade
Ancienneté fonction publique
Niveau étude
Diplômes
Expérience professionnelle hors AP-HP
Situation administrative actuelle :

Cause de la ou des réserves d'aptitudes :

Troubles ou problèmes en lien avec l'inaptitude ou modification de poste :

- année d'apparition
- Comment cela s'est manifesté
- Quel problème cela a posé pour effectuer les tâches habituelles
- A quelle occasion cela a été connu la première fois
- arrêt travail, médecin du travail
- Nombre de fois ou des difficultés sont apparus au travail depuis le début de carrière
- Relation vie personnelle

Information à la hiérarchie

- Est-ce que ce problème a été signalé par l'agent à la hiérarchie
- Durée entre apparition des difficultés et connaissance par hiérarchie
- Pourquoi les responsables hiérarchiques sont/ne sont pas informés
- Qu'est-ce que cela a modifié dans l'exercice professionnel
 - Relation avec les collègues
 - Relation avec les cadres
 - Relation charge de travail

Information des collègues :

Qu'est-ce qui a été difficile à vivre au travail

Qu'est-ce qui a été facile à vivre

- Comment cela s'est passé : discussions...
- Si oui, quels ont été les répercussions sur vos conditions de travail
- Rapport avec les collègues
- Rapport avec les cadres

Concrètement comment s'est passé le changement de travail :

- Réunion avec le responsable
- Convocation chez le médecin du travail...
- Avez vous eu le choix d'une autre affectation
- La première affectation était elle satisfaisante,
- Combien de temps, de changement d'affectations avant « satisfaction » au travail

Reclassement officiel dans autre corps ou métier :

- Avez vous demandé à être reclassé dans un autre corps ?
- Oui/Non, pourquoi (blocage indiciaire,...)
- Hors motivation financière : identité professionnelle, appartenance groupe, fierté d'appartenance...

Quelle préparation ou formation/adaptation à l'emploi :

- Procédure précise de la prise de fonction : période d'essai dans service, formation

Répercussions sur la vie en dehors du travail :

- Est-ce que le changement de métier ou de missions a eu une incidence sur la vie extra-professionnelle ?

Les changements en lien avec le métier ou les activités :

- Quels ont été les changements dans le travail quotidien
- Qu'est-ce qui a été facile
- Qu'est-ce qui a été difficile, pourquoi

Opinion sur les nouvelles activités :

- Êtes vous satisfait(e) ?
- Pourquoi ?

Opinions sur l'ancien métier :

- quel regard est porté, regrets, désir de reprise

Une fois dans le nouveau poste, vous a t-on sollicité pour évaluer le changement avec vous ?

- Evaluation annuelle par le cadre
- Médecin du travail
- Date de la dernière évaluation en lien avec la GPA

Si cela était à refaire est-ce que vous agiriez de la même façon ?

- Si vous aviez un nouveau choix, qu'est-ce que vous aimeriez faire ou proposer aux responsables ?

Qu'est-ce que vous pensez qui est bien dans la procédure de GPA

Qu'est-ce que vous pensez qui devrait être amélioré ?

Y a t-il d'autres éléments que vous souhaiteriez aborder ?

Les circuits de l'information :

Identification des problématiques en lien avec le CLGPA :

- Par quels circuits d'information êtes vous informée des difficultés d'un agent à effectuer ses missions
- Existe t-il des dispositions particulières à l'établissement ?
- Comment est sollicité le médecin du travail ?
- Avez vous déjà eu connaissance d'agents ne pouvant réaliser des activités de leur grade ou métier, qui ne sont pas identifiés et pris en charge par une procédure ?
- Existe t-il des agents identifiés dans leurs difficultés et non pris en compte
- Provenance de la demande
- Agents directement
- DRH
- Visite annuelle médecine du travail
- Retour CLM/CLD

Les causes identifiées :

- Quelles sont les principales causes d'inaptitude au poste de travail des soignants
- quelles sont les plus difficiles à traiter en terme d'aptitude au poste avec réserve et de reclassement
- Quelle proportion est motivée par des difficultés d'adaptation relationnelle ?
- Les difficultés d'origine relationnelle se traitent elles de la même manière que les difficultés en lien avec le somatique

Circonstances de l'inaptitude:

- As t-on identifié des caractéristiques qui reviennent fréquemment dans les difficultés d'adaptation aux poste
-

Les agents concernés par les difficultés :

- Le personnel administratif est-il aussi concerné ?
- Quels sont les métiers concernés
- Quels grades et métiers sont concernés par les reclassements
- sexe, âge, grade, catégorie A/B/C

Données quantitatives et qualitatives si disponibles (service, pôle...)

- Nombre de réserves d'aptitude (2011 et 2012)
- Nombre de mise à la retraite d'office (2011 et 2012)
-

Les difficultés de l'application des réserves d'aptitude et reclassements :

- Quelles difficultés empêchent les reclassements avec restriction d'aptitude sur les grades d'origine
- Freins à la mise en œuvre des réserves d'aptitude et reclassements ?
- Pourquoi des agents ne demandent pas leur reclassement : identité pro, appartenance à un groupe, blocage indiciaire, etc.)

Incidence sur le fonctionnement et la cohésion des équipes :

- Les allègement de tâches ou les reclassements peuvent-ils être perçu par l'équipe comme une marque de favoritisme

Les procédures :

- **Comment sont organisées les procédures, particularités :**

Suivi d'un exemple type

Comment maintenir dans l'emploi des agents en difficultés d'exercice des missions

Quelles incapacités d'exercices rendent impossible tout reclassement-**Existe t-il --**

une procédure spécifique dans l'EPS

Quelle collaboration (CLGPA...):

Organisation instituée ou pas

- **Financement et fonds publics dédiés aux reclassements :**

Quels sont les dispositions et les fonds publics mobilisables pour faciliter les reclassements

- **Existe t-il une application de réserve d'aptitude d'adaptation à l'emploi officieuse ?**

- interne aux services

Les modalités de reclassements ou d'applications des réserves d'aptitude :

- **Comment s'organise la procédure, particularité :**

Suivi d'un exemple type

Comment maintenir dans l'emploi des agents en difficultés d'exercice des missions

Quelles incapacités d'exercices rendent impossible tout reclassement

- **L'officialisation des reclassements :**

Qu'est-ce qui fait obstacle à la régularisation officielle par intégration dans le corps d'accueil ?

Quand un reclassement est officialisé dans le corps ou métier d'accueil y a t-il alors des répercussions différentes sur l'agent ou les équipes

- **Réserves d'aptitude et reclassements :**

Quels sont les freins à la mise en œuvre des réserves d'aptitude et des reclassements ?

Types de difficultés : réticences agents, réglementation, travail d'équipe,...

- **Le fonctionnement vous semble t-il satisfaisant ?**

Pourquoi ?!

- **Quelles améliorations pourraient être proposées ?**

Pourquoi ?

La prise en compte des risques psychosociaux :

comment s'organise la prise en compte des risques psychosociaux

- **Y a t-il d'autres éléments importants qui vous souhaiteriez aborder ?**

BELKACEM

Dino N.

6-7 décembre 2012

Attaché d'administration hospitalière

Promotion 2012

Stratégie hospitalière : la gestion personnalisée des agents (GPA), un levier de transformation des ressources humaines

Résumé :

La GPA est une activité de gestion en ressources humaines, qui consiste à proposer aux agents en restriction d'aptitude (problèmes de santé, « accidents de la vie »), un allègement de leur charge de travail ou un reclassement professionnel.

Les contraintes financières, l'évolution des sciences médicales et l'accroissement des compétences techniques requises à l'hôpital ont tari l'offre en postes aménageables.

Cette réalité en accentuant l'exigence de rationalisation des processus de l'activité hospitalière publique a aussi accru la difficulté à repositionner les agents en difficulté.

Par son engagement stratégique le GH Sud-Nord-Est a choisi de porter simultanément son action sur les deux aspects de cette problématique.

Une GPA formalisée et structurée contribue à rendre lisible et résolu le sens donné à l'action et garantit la pérennité du dispositif.

Cette étude montre aussi qu'un dispositif élaboré avec un consensus entre les acteurs, respectueux de leurs spécificités, est susceptible de garantir un gain d'efficacité.

Mots clés :

AAH, aménagement de poste, gestion personnalisée des agents, ressources humaines, reclassement professionnel, restriction d'aptitude,

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.

